

**INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
CURSO DE PROMOÇÃO A OFICIAL GENERAL**

2015/2016



TII

**A MEDICINA MILITAR NÃO ASSISTENCIAL E O SEU
ENQUADRAMENTO COM O HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS**

**O TEXTO CORRESPONDE A TRABALHO FEITO DURANTE A
FREQUÊNCIA DO CURSO NO IUM SENDO DA RESPONSABILIDADE DO
SEU AUTOR, NÃO CONSTITUINDO ASSIM DOCTRINA OFICIAL DAS
FORÇAS ARMADAS PORTUGUESAS OU DA GUARDA NACIONAL
REPUBLICANA.**

**Paulo José de Figueiredo Pereira das Neves
COR MED**



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

A MEDICINA MILITAR NÃO ASSISTENCIAL E O SEU
ENQUADRAMENTO COM O HOSPITAL DAS FORÇAS
ARMADAS

COR MED Paulo José de Figueiredo Pereira das Neves

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2015/2016

Pedrouços 2016



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO MILITAR
DEPARTAMENTO DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS

A MEDICINA MILITAR NÃO ASSISTENCIAL E O SEU
ENQUADRAMENTO COM O HOSPITAL DAS FORÇAS
ARMADAS

Paulo José de Figueiredo Pereira das Neves
Coronel Médico Aeronáutico

Trabalho de Investigação Individual do CPOG 2015/2016

Orientador: Cor ENGAER Bernardino José Garcia dos Santos

Pedrouços 2016



Declaração de compromisso Anti Plágio

Eu, **Paulo José de Figueiredo Pereira das Neves**, declaro por minha honra que o documento intitulado **A Medicina Militar não Assistencial e o seu Enquadramento com o Hospital das Forças Armadas** corresponde ao resultado da investigação por mim desenvolvida enquanto auditor do **CPOG 2015/2016** no Instituto Universitário Militar e que é um trabalho original, em que todos os contributos estão corretamente identificados em citações e nas respetivas referências bibliográficas.

Tenho consciência de que a utilização de elementos alheios não identificados constitui grave falta ética e disciplinar.

Pedrouços, 2 de maio de 2016

Paulo José de Figueiredo Pereira das Neves



Agradecimentos

Ao Diretor de Curso, CALM Valente dos Santos, pelo pela sua humanidade, apoio e camaradagem sempre revelada.

Ao Cor ENGAER Bernardino Santos, orientador deste trabalho, o meu profundo reconhecimento pela disponibilidade, amizade, e ainda pelo detalhe e rigor que ofereceu o seu conselho, que se revelou muito útil.

Aos entrevistados, uma palavra muito especial pela pronta disponibilidade e valiosa contribuição, com a sua experiência e seu inestimável contributo, deram relevância a esta investigação.

A todos que me ajudaram a realizar este trabalho.

À minha família, pelas ausências compreendidas, pelas presenças ausentes que teve de compreender e pela força permanente que sempre me dispensou.



Índice

Introdução	1
1. Medicina Militar não Assistencial nos Ramos das Forças Armadas	8
1.1. Marinha.....	10
1.1.1. O Centro de Medicina Naval.....	10
1.1.2. O Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica	11
1.2. Exército.....	12
1.2.1. O Centro de Saúde Militar de Coimbra.....	13
1.2.2. O Centro de Saúde Militar de Tancos e Santa Margarida.....	14
1.2.3. A Unidade de Saúde de Évora.....	14
1.2.4. O Agrupamento Sanitário.....	14
1.3. Força Aérea.....	15
1.3.1. As Unidades de Saúde das Bases Aéreas	15
1.3.2. O Centro de Medicina Aeronáutica.....	16
1.4. Síntese conclusiva.....	17
2. <i>Medical Support</i> na Organização do Tratado do Atlântico Norte	19
2.1. Níveis de Prestação de Cuidados Médicos	20
2.2. Evacuações Aeromédicas	23
2.3. Síntese conclusiva.....	24
3. Evacuações Aeromédicas em Território Nacional.....	26
3.1. Organismos Intervenientes	26
3.1.1. Força Aérea Portuguesa.....	26
3.1.2. Autoridade Nacional de Proteção Civil.....	27
3.1.3. Instituto Nacional de Emergência Médica	28
3.1.4. Outros	30
3.2. Sistema Nacional de Busca e Salvamento	30
3.3. Assistência Médica a Bordo	31
3.4. Síntese Conclusiva.....	32
4. O Hospital das Forças Armadas.....	34
4.1. Criação do Hospital das Forças Armadas	35



4.2. Edificação do Hospital das Forças Armadas	37
4.3. Síntese conclusiva.....	41
Conclusões.....	42
Bibliografia.....	46

Índice de Figuras

Figura 1 – Cadeia de Cuidados Médicos	22
Figura 2 – Novo modelo integrado para a Saúde Militar	36

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Objetivos Específicos	5
Tabela 2 – Questões Derivadas	5
Tabela 3 – Hipóteses.....	5
Tabela 4 – Entidades Entrevistadas	6
Tabela 5 – Unidades de Saúde.....	9
Tabela 6 – Consultas no CSMC	13
Tabela 7 – Níveis de Prestação de Cuidados Médicos	21



Resumo

Este trabalho tem como objetivo obter uns Serviços de Saúde Militar onde a articulação entre Medicina Militar não Assistencial e o Hospital das Forças Armadas permita, depois da grande reforma a que foram sujeitos estes Serviços, níveis de prontidão, confiança e apoio sanitário adequado às mais diversas solicitações das Forças Armadas.

Caraterizam-se os requisitos inerentes à Medicina Militar não Assistencial das Forças Armadas para definir as necessidades de cada Ramo; a doutrina da Organização Tratado do Atlântico Norte para *Medical Support*; as Evacuações Aeromédicas em território nacional, realizadas pelas Forças Armadas e pelas entidades civis e por fim carateriza-se o Hospital das Forças Armadas como hospital militar único, prestador da Saúde Assistencial.

A metodologia utilizada neste trabalho para alcançar o objetivo geral foi o recurso ao método hipotético-dedutivo.

Concluiu-se que a oferta de cuidados de Saúde Assistencial nos Ramos dificulta a missão do Hospital, seria vantajoso para as Evacuações Aéreas a criação de um órgão central nacional, devendo o Hospital das Forças Armadas ser o elo central e o referencial do Sistema de Saúde Militar.

Palavras-chave

Medicina Militar não Assistencial, Hospital das Forças Armadas, Evacuações Aeromédicas



Abstract

This study aims at obtaining a Military Health Services where the articulation of Operational Military Medicine and the Armed Forces Hospital permits, after the Reform to which these services were subject, readiness and confidence levels and appropriate medical support responding to the Armed Forces requests.

In this context, the specific requirements of the Operational Military Medicine are defined in view of the needs of each branch of the Armed Forces; the doctrine of the North Atlantic Treaty Organization for Medical Support and the Aeromedical Evacuations in Portugal, carried out by the Armed Forces and by civil entities are described; finally the Armed Forces Hospital as the only military hospital provider of Health Care is characterized.

The methodology used in this study to achieve the overall goal was the hypothetical-deductive method.

It was concluded that the fact of the Armed branches currently offers assistance medicine in their health services, it hinders the mission of the Armed Forces Hospital, being advantageous for the aeromedical evacuations to create a national agency centralising the operations. Likewise the Armed Forces Hospital should be the central body and the single reference of the portuguese Military Health System.

Keywords

Operational Military Medicine, Armed Forces Hospital, Aeromedical Evacuations



Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AAN	Autoridade Aeronáutica Nacional
ADSE	Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado
AGRSAN	Agrupamento Sanitário
AJMedP	<i>Allied Joint Medical Publication</i>
AJP	<i>Allied Joint Publication</i>
ANPC	Autoridade Nacional de Proteção Civil
AR	Assembleia da República
BA	Bases Aéreas
BNL	Base Naval de Lisboa
CASEVAC	Evacuação Aérea sem Equipa Médica
CCEM	Conselho de Chefes de Estado-Maior
CCSM	Comissão Consultiva da Saúde Militar
CEIP	Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva
CEMA	Chefe do Estado-Maior da Armada
CEMFA	Chefe do Estado-Maior da Força Aérea
CEMGFA	Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas
CFT	Comando das Forças Terrestres
CMA	Centro de Medicina Aeronáutica
CMN	Centro de Medicina Naval
CMSH	Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica
CODU	Centros Coordenadores de Doentes Urgentes
CODU-Mar	Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CPSIFA	Centro de Psicologia da Força Aérea
CSMC	Centro de Saúde Militar de Coimbra
CSMTSM	Centro de Saúde Militar de Tancos e Santa Margarida
DAMS	Destacamentos Médico Sanitários
DGPRM	Direção-Geral de Pessoal e Recrutamento Militar
DIRSAM	Direção de Saúde Militar
DS	Direção de Saúde
EA	Evacuações Aeromédicas



ECOSF	Elementos da Componente Operacional do Sistema de Forças
EMA	Estado-Maior da Armada
EMGFA	Estado-Maior-General das Forças Armadas
ES	Esquadilha de Submarinos
EXE	Exército Português
FAP	Força Aérea Portuguesa
FFAA	Forças Armadas
FND	Forças Nacionais Destacadas
GMDN	Gabinete do Ministro da Defesa Nacional
GNR	Guarda Nacional Republicana
HC	Hospital de Campanha
HFAR	Hospital das Forças Armadas
HM	Hospital Militar
ICMM	<i>International Committe of Military Medicine</i>
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
MA	Medicina Assistencial
MAI	Ministério da Administração Interna
MAR	Marinha Portuguesa
MAS	Ministério dos Assuntos Sociais
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MEDEVAC	<i>Medical Evacuations</i>
MEPAT	Ministério do Equipamento, do Planeamento e da Administração do Território
MFAP	Ministério das Finanças e da Administração Pública
MGF	Medicina Geral e Familiar
MM	Medicina Militar
MMNA	Medicina Militar não Assistencial
MO	Medicina Operacional
MRCC	Centro de Coordenação de Busca e Salvamento Marítimo
MS	Ministério da Saúde
NEP	Normas de Execução Permanentes
OB	Ordem de Batalha
ORL	Otorrinolaringologia



PCM	Presidência do Conselho de Ministros
PF	Programa Funcional
PN	Pessoal Navegante
PSP	Polícia de Segurança Pública
QC	Questão Central
QD	Questões Derivadas
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RCC	Centro de Coordenação de Busca e Salvamento Aéreo
SA	Saúde Assistencial
SAR	Busca e Salvamento
SBSA	Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Aéreo
SBSM	Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Marítimo
SG-MDN	Secretaria-Geral do Ministério da Defesa Nacional
SHEM	Serviço de Helicópteros de Emergência Médica
SIEM	Sistema Integrado de Emergência Médica
SM	Saúde Militar
SNBPC	Sistema Nacional de Bombeiros e Proteção Civil
SNBS	Sistema Nacional de Busca e Salvamento
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SO	Saúde Operacional
SRPCBA	Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores
SRR	Regiões de Busca e Salvamento
SRS-RAA	Secretaria Regional da Saúde-Região Autónoma dos Açores
SS	Serviços de Saúde
SSM	Serviços de Saúde Militar
STF	Secção de Treino Fisiológico
TEVS	Transporte de Evacuados
TO	Teatro de Operações
UE	União Europeia
UEB	Unidades de Escalão Batalhão
UEFISM	Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar
UMT	Unidade Militar de Toxicologia



US Unidade de Saúde

UTITA Unidade Tratamento de Toxicodependências e Alcoolismo



À memória do meu Pai e da minha Avó

Introdução

As guerras e os conflitos violentos resultam na destruição de bens materiais, mas também significam morte, sofrimento e lesões dos soldados envolvidos e na população civil na área do conflito. O sofrimento dos feridos em combate foi descrito de uma forma única por Henri Dunant no seu livro “*A Memory of Solferino*” e que está na origem da Convenção de Genebra (Dunant, 1986). A Saúde Militar (SM) tem aqui o seu expoente máximo pois pode reduzir o sofrimento através do seu conhecimento e esforço oferecendo o tratamento adequado às lesões resultantes dos mais variados traumatismos.

A atividade militar é, na maioria das vezes, uma atividade em que a componente traumática está latente, e onde os aspetos de ordem psíquica assumem importância no desenvolvimento de patologias incapacitantes. Por outro lado, impõe-se a necessidade da recuperação rápida dos recursos humanos em situação de incapacidade médica, particularmente quando se fala em recursos dispendiosos na sua formação (Silveira, 2013).

Os Serviços de Saúde Militar (SSM) desempenham um papel fundamental. Atuam desde a fase de admissão, selecionando os militares capazes e saudáveis, passando pela preparação das operações, através do aprontamento médico adequado. Durante as operações, prestam o adequado cuidado médico aos militares feridos ou doentes, com o objetivo de garantir a sua integridade física e mental e no regresso das operações, controlam e monitorizam o estado de saúde da força.

A verdadeira razão de ser da SM, assenta na sua componente operacional, a qual visa a garantia das condições físicas e psíquicas dos efetivos militares, em particular, no apoio às forças em operações ou em campanha. A SM é indissociável do Sistema de Forças, nele se integrando e complementando.

A SM é vocacionada essencialmente para a manutenção da aptidão física e psíquica do militar. Reveste-se de vital importância para a manutenção da componente operacional do Sistema de Forças e para o cabal cumprimento das missões atribuídas às Forças Armadas



(FFAA) (MDN, 2015f).

Os SSM, têm por missão garantir o apoio sanitário à componente operacional e, simultaneamente, assegurar a assistência médica aos efetivos militares e às suas famílias, procedendo a uma avaliação permanente dos recursos humanos que servem a força militar, desde a sua admissão ao serviço até ao seu término (SG-MDN, 2010).

O modelo organizativo dos SSM, após o fim da Guerra do Ultramar, segundo Marques (2006), necessitava de ser remodelado. Assim foram alvos de estudos sucessivos, no sentido de se procurar maior eficiência e eficácia, mantendo elevada a qualidade na atividade desenvolvida. Foram criados pela tutela sucessivos grupos de trabalho, sofreram várias tentativas de novos modelos organizativos, mas todos eles não tiveram qualquer consequência final.

Chegamos assim ao século XXI, com um cenário completamente distinto do século anterior, o País deixou de estar envolvido em qualquer conflito armado, o que justificou a redução drástica do número de efetivos a que se associa o fim do Serviço Militar Obrigatório. Por outro lado, o ambiente estratégico internacional, em permanente e acelerada mudança, aliado a dificuldades financeiras, justificaram um ajustamento a uma sociedade em evolução. Apesar das mudanças a diferentes níveis nas FFAA, os SSM não foram alvo de reestruturação. Cada Ramo das FFAA possuía uma ou mais Unidades Hospitalares, com a consequente dispersão de meios e recursos. Havia desta forma a necessidade de reforçar os mecanismos de planeamento estratégico de recursos e reduzir a despesa dos SSM.

Neste contexto, em 2005 foi criado, na dependência do Ministro da Defesa Nacional, um grupo de trabalho para a reforma dos SSM, de modo a assegurar a continuidade da qualidade dos serviços e garantir a articulação funcional e otimização de meios (PCM, 2015).

A reforma da SM começou em 2008 e teve como objetivo garantir a Saúde Operacional (SO) e o Serviço Assistencial ao universo de utentes das FFAA. Para esse efeito, propunha-se proceder à criação de um Hospital das Forças Armadas (HFAR), organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa (HFAR-PL) e outro no Porto (HFAR-PP). O redimensionamento da estrutura hospitalar far-se-ia de forma faseada: a curto prazo, a racionalização e a concentração das valências médicas constituindo serviços de utilização comum; a médio prazo, redimensionar a estrutura hospitalar militar, através da sua concentração (PCM, 2008).

Foi com o Programa do XIX Governo Constitucional e com a Resolução Ministerial-Reforma da Defesa 2020, que se estabeleceu como medida no âmbito da defesa nacional a



concretização da reforma do SSM, o qual consubstancia uma componente operacional, orientada para o apoio às missões das FFAA, e uma componente assistencial e hospitalar, visando garantir um apoio de qualidade aos seus utentes, militares, e, subsidiariamente às suas famílias, tendo em conta os direitos e deveres que decorrem da condição militar. A medida central desta Resolução, visa racionalizar a despesa militar, nomeadamente através da melhor articulação entre os Ramos das FFAA e uma maior eficiência na utilização de recursos (PCM, 2013).

Dentro da reestruturação das FFAA, a reforma dos SSM, foi uma das mais profundas alterações realizadas que culminou com a formação do HFAR, enquanto hospital militar (HM) único com dois Pólos, na dependência do Estado-Maior-General das Forças Armadas (EMGFA), através da Direção de Saúde Militar (DIRSAM) (MDN, 2014).

O HFAR é o último elo da cadeia dos SSM. O apoio médico apropriado e garantido pelo hospital na retaguarda, é um forte contributo para elevar a moral das forças que se encontram na linha da frente. Embora a missão dos hospitais militares seja distinta dos seus congéneres civis, por planearem para dar resposta a situações mais exigentes e extremas, comparativamente com os do Serviço Nacional de Saúde (SNS), estes possuem atribuições que os tornam bastante semelhantes. São instituições de saúde que prestam cuidados de saúde diferenciados, dotados de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT). O HFAR constitui-se como elemento de retaguarda dos SSM em apoio da SO ou Medicina Militar não Assistencial (MMNA).

Os princípios da interoperabilidade nos SSM devem ser uma realidade, isto é, os SSM dos diferentes Ramos devem ter a capacidade para trabalhar em conjunto para atingir o objetivo comum na SM no domínio estratégico, operacional ou tático. O princípio da economia de esforços através da concentração de recursos passou a ser uma realidade nos SSM.

A necessidade de racionalizar e otimizar a relação entre produto operacional e recursos é imperativa, num quadro de constrangimentos financeiros, não só no plano nacional e europeu, mas também na Organização do Tratado do Atlântico Norte (OTAN), onde se tornou consensual o objetivo de aplicar o conceito de Defesa Inteligente (*Smart Defence*) (PCM, 2013).

A SM vive atualmente um período de adaptação crítico porque os Ramos perderam as suas instituições hospitalares, mas têm a necessidade de manter a MMNA com elevado nível



de prontidão e eficácia, só possível com um apoio efetivo ao HFAR transversal a todos os Ramos., logo o tema atribuído “A Medicina Militar não Assistencial e o seu Enquadramento com os Hospital das Forças Armadas” constitui um assunto de grande importância e atualidade e integra-se num contexto de reestruturação dos SSM, havendo a necessidade de assegurar a manutenção efetiva da MMNA através de um HM único.

As FFAA têm prosseguido nos últimos anos a reestruturação dos SSM, concentrando estruturas e valências, numa ótica de obtenção de sinergias de esforços e de um serviço de SM moderno, mais apto e eficiente no que se refere aos cuidados prestados aos seus utentes (CCEM, 2015).

As medidas que dão corpo à reforma dos SSM traduzem-se numa maior racionalização de meios, num melhor aproveitamento de sinergias e numa redução de custos, potenciando uma gestão eficiente e flexível. Pretende-se assim que a SM consubstancie um sistema coerente e eficaz dotado da dimensão e da casuística que garantem um elevado padrão de qualidade dos cuidados de saúde prestados, salvaguardando as necessidades da SO e Saúde Assistencial (SA) (MDN, 2015f).

Objeto do Estudo e sua delimitação

Pretende-se com o desenvolvimento deste tema obter uns SSM onde a articulação entre MMNA e HFAR permita, depois da grande reforma a que foram sujeitos, níveis de prontidão, confiança e apoio sanitário adequado às mais diversas solicitações das FFAA.

As Evacuações Aeromédicas (EA), uma das componentes da MMNA, serão estudadas apenas na vertente nacional e na eventual necessidade de centralização das EA num órgão nacional, para estreitar desta forma os laços entre as FFAA e as entidades civis, evitar a duplicação de meios, diminuir os custos e aumentar a eficiência das EA a nível nacional. Uma abordagem mais profunda desta matéria necessitaria de um trabalho de investigação individual específico devido à complexidade do tema e ao elevado número de entidades e tutelas envolvidas.

Objetivos da investigação

O presente trabalho de investigação tem como objetivo geral, racionalizar a SM potenciando a MMNA através do HFAR.

Os objetivos específicos, partindo dos fatores determinantes e dentro do panorama global são os seguintes:



Tabela 1 – Objetivos Específicos

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
1	Caracterizar os requisitos inerentes à MMNA das FFAA para definir as necessidades de cada Ramo
2	Caracterizar a doutrina OTAN para <i>Medical Support</i>
3	Caracterizar as EA em território nacional, uma das vertentes da MMNA, realizadas pelas FFAA e pelas entidades civis
4	Caracterizar o HFAR como hospital militar único das FFAA, prestador da Saúde Assistencial e procurar as sinergias entre MMNA e o HFAR

Fonte: (Autor, 2016)

Questão Central e Questões Derivadas

Após uma fase de exploração inicial, enquadramento e de delimitação do tema, a investigação passa pela busca fundamentada da resposta à seguinte Questão Central (QC):

Poderá o HFAR representar um valor acrescentado para a MMNA?

No sentido de obter resposta à QC, foram deduzidas as seguintes Questões Derivadas (QD):

Tabela 2 – Questões Derivadas

QUESTÕES DERIVADAS	
QD 1:	No quadro atual da reforma da SM, a MMNA nos Ramos das FFAA, acompanha essa reforma?
QD 2:	A MMNA, para ser eficaz perante as solicitações dos compromissos internacionais do estado e a doutrina OTAN, deverá ser exercida preferencialmente por profissionais de saúde que se encontrem colocados no HFAR?
QD 3:	Será vantajoso para as FFAA e para as EA a criação de um órgão central nacional de EA?
QD 4:	Deverá o HFAR ser o referencial de toda a SM?

Fonte: (Autor, 2016)

Para orientar o estudo, e procurar dar resposta à QC, através das respostas às Questões Derivadas, foram construídas as seguintes hipóteses:

Tabela 3 – Hipóteses

HIPÓTESES	
Hipótese 1	A SM nos Ramos das FFAA oferece cuidados de SA, duplicando uma oferta que é da responsabilidade do HFAR.
Hipótese 2	Nos compromissos internacionais solicitados às FFAA e de acordo com a doutrina OTAN, a SM deverá ser assegurada pelo HFAR em estreita colaboração com a MMNA.
Hipótese 3	As EA realizadas no território nacional devem ter um órgão de cadeia única.
Hipótese 4	A MMNA e o HFAR deverão ser complementares, onde o HFAR é o garante da eficiência da primeira.

Fonte: (Autor, 2016)



Metodologia, percurso e instrumentos

A metodologia utilizada neste trabalho e que se considerou como a mais adequada para alcançar o objetivo geral foi o recurso ao método hipotético-dedutivo.

Em conformidade com o método previamente estabelecido, a partir de entrevistas exploratórias e de leituras iniciais estabeleceu-se uma questão central que orientou todo o estudo a desenvolver.

Foram ainda consultados artigos, conferências e alguns trabalhos sobre a temática em estudo que permitiram consolidar a conceptualização inicial, encontrar a resposta às questões derivadas e validar as hipóteses levantadas.

Para desenvolvimento da investigação recorreu-se a fontes primárias, nomeadamente à análise de documentos aprovados e legislação em vigor, assim como, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com uma primeira finalidade em que se pretendeu confirmar algumas interpretações surgidas fruto da análise documental efetuada.

Foram efetuadas entrevistas às entidades referidas na tabela n.º4:

Tabela 4 – Entidades Entrevistadas

CEMGFA (2011-2014)	GENERAL Luís Araújo
Diretor-Geral de Recursos da Defesa Nacional	Dr. Alberto Coelho
Chefe de Gabinete do GEN CEMGFA	MGEN Guerra Pereira
Diretor da Direção Saúde Militar	MGEN José Duarte
Diretor do Hospital das Forças Armadas	CALM Albuquerque e Sousa
Diretor da Direção Saúde Exército	MGEN Esmeraldo Alfarroba
Diretor da Direção Saúde da Marinha	COM Nelson Santos
Diretor da Direção Saúde da Força Aérea	BGEN Manuel Domingos
Diretora do Centro Medicina Aeronáutica	COR Regina Mateus
Diretor do Centro Medicina Subaquática Hiperbárica	CFR Francisco Guerreiro
Presidente da Proteção Civil da Região Autónoma Açores	MAJ José Dias
Delegado Regional do INEM para Lisboa/Vale do Tejo e sul	Dr. Francisco Marcão

Fonte: (Autor, 2016)

Organização do Estudo

O trabalho tem a organização estabelecida nos normativos do IUM, NEP / ACA – 010 (IESM, 2015) e NEP / ACA – 018 (IESM, 2015a). Na Introdução serão apresentados os aspetos gerais relativos ao contexto do tema, o enquadramento e justificação do tema, objeto de estudo, objetivos da investigação, modelo e metodologia da investigação e organização do estudo. O corpo do trabalho será constituído por quatro capítulos.

No primeiro capítulo procura-se caracterizar os requisitos inerentes à MMNA em cada Ramo das FFAA para definir as necessidades atuais dos SSM.



No segundo capítulo caraterizar-se-á a doutrina OTAN para *Medical Support* definindo quais as necessidades das missões da SM para cumprir os compromissos internacionais do Estado.

No terceiro capítulo é feita a caraterização das EA em território nacional, realizadas pelas FFAA e entidades civis assim como quais os organismos envolvidos na coordenação das EA, no sentido de obter um contributo para uma edificação de uma capacidade de EA integrada nacional.

No quatro capítulo é efetuada a caracterização do HFAR, HM único da SM, resultado da modernização das FFAA e da Resolução Ministerial-Reforma da Defesa 2020, para oferecer um contributo para a edificação de um novo modelo da SM, em que o HFAR é o garante da eficiência da MMNA.

Nas conclusões serão apresentadas as grandes linhas do procedimento metodológico seguido. Será feita a avaliação dos resultados obtidos através da verificação das hipóteses formuladas e da consequente resposta às questões derivadas. O corolário desta avaliação será a resposta à QC. Far-se-á sequência a contributos para o conhecimento e serão feitas recomendações a entidades intervenientes na SM.



1. Medicina Militar não Assistencial nos Ramos das Forças Armadas

A Medicina Militar(MM) ou SM diferencia-se por ser capaz de realizar em tempos de paz mas também em condições de guerra as seguintes atividades: diagnosticar e tratar as situações médico cirúrgicas do militar; realizar medicina preventiva no ambiente militar; efetuar técnicas que permitem oferecer aptidões físicas e psíquicas ao militar para executar a sua missão em ambiente hostil; medicina inspetiva; medicina para dar resposta e lidar com baixas massivas; efetuar atividades administrativas, organizacionais e logísticas para a execução da missão da MM; e a ainda realizar a investigação das atividades acima descritas (ICMM, 2013).

A MM diferencia-se ainda das restantes medicinas, por se desenvolver de uma forma não convencional, em locais onde podem existir restrições importantes de recursos, pois pode ser realizada isolada e num ambiente hostil para o ser humano quer em termos físicos quer em termos psíquicos.

Para (Duarte, 2009), podemos identificar nos cenários de atuação do MMNA quatro importantes inimigos: o tempo, a adversidade, a imprevisibilidade e o ambiente.

A MMNA pode integrar médicos militares de qualquer área de especialização, de acordo com as necessidades impostas pelo tipo de missão a cumprir e a sua dimensão (Santana, 2009).

O objetivo da MMNA é oferecer ao militar lesado as melhores condições para sobreviver e obter a sua rápida recuperação funcional. A proximidade deste apoio é considerada como um fator essencial para a moral do combatente.

São competências da MMNA as seguintes áreas: Medicina Naval; Medicina Aeronáutica; Medicina da Catástrofe; Medicina da Emergência; Medicina Pré-Hospitalar; Medicina Hiperbárica; Medicina Tática; Medicina do Viajante. A arquitetura funcional preconizada para os SSM configura, como elementos estruturantes, um conjunto de órgãos centrais e serviços comuns de SM e as estruturas de saúde de proximidade, incluídas em unidades militares ou localizadas em áreas de apoio a unidades militares, tendo em vista a indispensável harmonização entre componentes operacional e hospitalar ou assistencial, inerentes ao funcionamento das diversas estruturas das FFAA (MDN, 2015f).

Com a recente reestruturação da SM, as Direções de Saúde (DS) dos Ramos das FFAA foram readaptadas. A reorganização da prestação de cuidados de saúde de proximidade às unidades militares constituirá uma rede de Unidades de Saúde (US) , atuando na dependência dos Ramos das FFAA e terá como referência a seguinte tipologia padrão (MDN, 2014e):



Tabela 5 – Unidades de Saúde

Tipo I	Constituídas essencialmente por pessoal de enfermagem, a localizar em unidades militares de menor dimensão ou nas quais a análise de risco subjacente ao tipo de missões seja considerado baixo
Tipo II	Dotadas de apoio médico de medicina geral e familiar e trauma, a localizar em unidades militares de média dimensão ou nas quais a análise de risco subjacente ao tipo de missões seja considerado médio
Tipo III	Vocacionadas essencialmente para os cuidados de saúde primários e especializados, resultantes do redimensionamento dos atuais centros de saúde militar, a localizar em áreas de apoio a unidades militares de maior dimensão ou nas quais a análise de risco subjacente ao tipo de missões seja considerado alto. Complementarmente, estas US podem proporcionar apoio médico de medicina geral e familiar, de medicina dentária e cuidados especializados adequados às necessidades das Unidades apoiadas, incluindo também o serviço de fisioterapia, serviço de radiologia básico e posto de colheita de análises e colaboram no aprontamento das Forças Nacionais Destacadas (FND)

Fonte: (MDN, 2014)

Segundo Duarte (2016), existe uma prioridade transversal aos três Ramos e fundamental para os SSM, dotar com especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) todas as US, possibilitando desta forma a colocação de especialistas em SA no HFAR. A SA deverá estar concentrada no HFAR. Portugal não tem dimensão física, nem as FFAA dispõem de um número significativo de efetivos que justifique outra opção

Esta rede de US vai permitir um adequado acesso aos cuidados de saúde ao nível da MMNA e diminui a necessidade de pessoal médico especializado na Medicina Assistencial (MA) evitando a dispersão destes. O apoio médico aqui deverá ser realizado por MGF com competência em trauma e Medicina Naval ou Aeronáutica de acordo com os diferentes Ramos das FFAA.

Atualmente, o planeamento da vertente sanitária da atividade operacional é independente em cada Ramo das FFAA, exceção feita ao escasso número de operações conjuntas. Este facto não permite uma gestão inteligente e racional da SM. Para colmatar esta situação e tendo presente que os militares dos quadros da SM pertencem na sua totalidade aos três Ramos das FFAA, o Conselho de Chefes de Estado-Maior (CCEM) deliberou em junho de 2015 “Normas Orientadoras da Gestão do Pessoal de Saúde Militar” (CCEM, 2015). Só assim será possível cumprir o Conceito Estratégico de Defesa Nacional, que é claro no que diz respeito a maximizar as práticas de duplo uso e de partilha de recursos, bem como eliminar todas e quaisquer formas de duplicação de meios públicos, sendo necessário proceder à racionalização e redimensionamento dos efetivos e à adequação dos



recursos humanos às exigências de flexibilidade próprias das novas missões das FFAA (PCM, 2013).

1.1. **Marinha**

A MMNA na Marinha (MAR) está na direta dependência da Direção de Saúde (DS) a qual está na dependência hierárquica da Superintendência do Pessoal. À DS compete, propor orientações nos domínios da saúde naval e das estruturas de saúde da MAR; promover e assegurar a manutenção e reabilitação da saúde do pessoal da MAR. Na direta dependência do Diretor de Saúde funcionam: o Centro de Medicina Naval (CMN) e o Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica (CMSH) (Ministério da Defesa Nacional, 2015c). Sobre o CMSH, a DS tem apenas autoridade hierárquica. A DS possui, ainda, autoridade técnica sobre os Serviços de Saúde (SS) das Unidades em terra e navais.

O conceito de duplo uso, doutrina da OTAN, há muito tempo que é utilizado na MAR na Saúde Naval, utilizando os médicos com competência em Medicina Naval, nas missões de acordo com as necessidades operacionais, regressando depois à sua unidade de origem. Após o treino nacional as fragatas empenhadas em missões OTAN são submetidas ao *Operational Sea Training*, no Reino Unido onde são avaliados uma vez mais os padrões de prontidão da unidade naval no que diz respeito a higiene e segurança no trabalho, comando e controlo, a manobra e navegação, as operações com helicópteros, as operações de busca e salvamento, as operações de assistência humanitária e a defesa NBQ (Santos, 2016).

As Unidades Navais que dispõe de médico naval são os navios atribuídos à zona marítima dos Açores, o Navio Escola Sagres, o Navio de Treino de Mar Creoula e as unidades empenhadas em missões OTAN. Ocasionalmente os médicos navais, embarcam em navios hidrográficos, se a missão é prolongada e longe da costa, bem como em missões que implicam mergulho militar. Nas Unidades Navais, o médico exerce uma medicina com escassos meios, longe de cuidados médicos diferenciados em espaços confinados a que se associa muitas vezes o movimento provocado pela ondulação.

A MAR dispõe de US tipo II na Escola de Fuzileiros, na Escola de Tecnologias Navais e na Esquadilha de Submarinos (ES). A US da ES dispõe ainda de uma camara hiperbárica móvel que pode ser colocada a bordo de navios e dar apoio a operações de mergulho militar.

1.1.1. O Centro de Medicina Naval

O CMN é uma Unidade de Saúde tipo III, que tem por missão coordenar e controlar a atividade médico- sanitária, nos âmbitos inspetivo, assistencial de ambulatório e de apoio à



atividade operacional, a fim de assegurar a prontidão do pessoal da MAR. Compete ao CMN apoiar, ao nível dos cuidados de saúde primários, dos cuidados de saúde especializados e de medicina dentária adequados às necessidades das unidades apoiadas, coordenar a evacuação sanitária e assegurar o aprontamento médico-sanitário das forças e unidades operacionais para as missões. (Ministério da Defesa Nacional, 2015c) É um elemento agregador da SO e da Medicina Preventiva e, na base da MMNA, garante o planeamento e sustentabilidade da pré-missão, missão e pós-missão (Santos, 2016).

O CMN oferece consultas de Clínica Geral, Medicina Dentária, Fisiatria bem como na área da SA, de Cardiologia, Otorrinolaringologia (ORL) e Urologia, para uma população aproximada de 7000 efetivos, pois que estão concentrados no perímetro da Base Naval de Lisboa (BNL) a maioria dos efetivos da MAR (Santos, 2016).

1.1.2. O Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica

O CMSH tem por missão contribuir para o eficaz desempenho das atividades militares navais em meio subaquático e hiperbárico disponibilizando, para o efeito, apoio terapêutico adequado e assegurando, ainda, o desenvolvimento de ações de treino dos militares envolvidos em atividades operacionais. O CMSH está na dependência hierárquica do Diretor da DS, mas depende funcionalmente do Diretor do HFAR (MDN, 2015e). A autoridade hierárquica é a linha de comando que estabelece a dependência de um órgão ou serviço na estrutura das FFAA em relação aos órgãos militares de comando das FFAA (AR, 2014).

Compete ao CMSH, assegurar a operacionalidade dos meios humanos intervenientes em operações militares desenvolvidas em meio subaquático; assegurar o apoio terapêutico permanente aos acidentes resultantes da prática de ações militares navais em meio sujeito a variações da pressão, em atmosfera «seca» ou «húmida»; assegurar apoio terapêutico às operações militares desenvolvidas em meio aéreo hipobárico; assegurar o treino, em câmara, do pessoal especializado em mergulho militar profundo. Colabora com o SNS, através do apoio terapêutico, quer nos acidentes de mergulho, quer facultando terapêutica com oxigénio hiperbárico a doentes sofrendo de patologias médicas e cirúrgicas, utilizando a sua capacidade sobrança de atuação (MDN, 2015c).

Os tratamentos de oxigenoterapia hiperbárica - administração de oxigénio puro a uma pressão superior à atmosférica - são utilizados, por exemplo, para casos de intoxicação por monóxido de carbono, de descompressão, em feridas de difícil cicatrização ou efeitos secundários da radioterapia.

A aquisição de dois submarinos de moderna tecnologia, autonomia e raio de ação e a



possibilidade de o mergulho militar profundo poder atingir os valores de 9 atmosferas absolutas, determinou a criação do CMSH como um órgão para a execução de serviços com competências específicas, sendo um pólo da MMNA da estrutura de saúde da MAR, funcionando na dependência direta da DS (EMA, 2009).

O tratamento com oxigénio e outras misturas gasosas, de doentes especialmente vindos dos hospitais civis nacionais do SNS, é assegurado através de uma escala de 24 horas por dia para estas situações urgentes. No ano de 2015 existiram 107 episódios urgentes. Foram realizadas em 2015, 9.331 sessões terapêuticas para um total de 536 doentes, sendo 90% civis. (Guerreiro, 2016) As câmaras do CMSH estão incluídas nas listagens de câmaras hiperbáricas da *Undersea and Hyperbaric Medical Society* e da *European Underwater Baromedical Society* (Guerreiro, 2016).

No CMSH, cerca de 90% da atividade é assistencial, sendo um exemplo de cooperação entre FA e SNS. Os médicos colocados no CMSH, têm atividade clínica repartida pelo HFAR-PL, pelo CMN, pela Junta de Saúde Naval, pela Junta de Recrutamento e Seleção e pela Esquadilha de Submarinos. Os médicos navais do CMSH são preferencialmente especialistas de Anestesiologia, Cardiologia, Medicina Interna, Oftalmologia, ORL e Pneumologia, especialidade hospitalares da SA, com competência em Medicina Hiperbárica.

O CMSH disponibiliza médicos do seu Corpo Clínico, para colaborarem a bordo de Unidades Navais em Missões envolvendo Mergulhadores da Armada, nomeadamente para a certificação do Mergulho Profundo e na preparação de missões de natureza operacional.

A existência de uma sinergia entre o CMSH e o HFAR na partilha das especialidades deverá ser uma realidade futura desejável. Para o Diretor do CMSH, “Deve existir articulação entre as duas estruturas de forma a assegurar o internamento de doentes no HFAR ao longo do seu trajeto terapêutico no Centro.” (Guerreiro, 2016).

1.2. Exército

A MMNA, no Exército (EXE) , está na direta dependência da DS, a qual está na dependência hierárquica do Comando da Logística. À DS compete planejar, dirigir e coordenar o apoio sanitário no EXE. Compete ainda, e em especial, gerir de forma integrada o apoio sanitário no EXE, de acordo com as diretivas superiores; promover o aprontamento sanitário das Forças Nacionais Destacadas (FND); elaborar, promover e coordenar o programa de medicina preventiva, de acordo com as orientações recebidas superiormente (MDN, 2015d).

Aos Centros de SM compete garantir as atividades de MMNA, nomeadamente o apoio



sanitário às ações de seleção de pessoal, de avaliação, de proteção e de promoção da saúde; contribuir para o preenchimento de cargos, em Ordem de Batalha (OB), dos Elementos da Componente Operacional do Sistema de Forças (ECOSF) ; prestar cuidados de saúde primários e especializados; prestar apoio sanitário de área, no órgão e na unidade, aos militares do EXE e, na sua capacidade sobranter, a outros utentes, de acordo com as diretivas superiores e ao abrigo de protocolos estabelecidos; garantir consultas de MGF e de outras especialidades (MDN, 2015d).

O EXE dispõe de US tipo I ou II com médicos militares e civis avançados em diferentes Unidades no Continente, na Região Autónoma dos Açores (RAA) e na Região Autónoma da Madeira (RAM) de acordo com a dimensão, missão e número de efetivos das respetivas Unidade.

1.2.1. O Centro de Saúde Militar de Coimbra

O Centro de Saúde Militar de Coimbra (CSMC), é uma Unidade de Saúde tipo III, dispõe de nove médicos militares e médicos civis contratados com diferentes vínculos e carga horária (Alfarroba, 2016). Esta US tem por missão prestar apoio sanitário de área (no órgão e na unidade) aos militares do EXE e na sua capacidade sobranter aos seus familiares e a outros utentes de acordo com as diretivas superiores e ao abrigo de protocolos estabelecidos. O CSMC garante as atividades de MMNA nomeadamente o apoio sanitário às ações de seleção de pessoal, de avaliação, de proteção e de promoção da saúde. Esta Unidade constitui-se numa unidade funcional de referência na área da medicina do exercício físico e treino operacional. Garante consultas das especialidades constantes na tabela seguinte:

Tabela 6 – Consultas no CSMC

Consultas MMNA	Consultas MA
Medicina Geral e Familiar	Cardiologia
Estomatologia / Medicina Dentária	Gastroenterologia
	Medicina Interna
	Neurologia
	Pneumologia
	Psicologia
	Psiquiatria
	Cirurgia Geral
	Dermatologia
	Oftalmologia
	ORL
	Ortopedia
	Urologia

Fonte: (CSMC, 2016)



Esta US dispõe de um bloco operatório com capacidade para atos cirúrgicos de Pequena Cirurgia e para o desenvolvimento de Cirurgia Ambulatória. A estrutura orgânica foi dimensionada para garantir simultaneamente, o preenchimento de cargos em OB dos Pelotões Sanitários das Unidades de Escalão Batalhão (UEB) e do Agrupamento Sanitário (AGRSAN), e o normal funcionamento do Centro de Saúde, embora neste âmbito com a capacidade reduzida (EXE, 2016). Para o Diretor do Centro “...hoje, se calhar, o nosso Exército não justifica ter estruturas individualizadas, até porque havia 200 mil militares nas fileiras em 1974, e hoje são 18 mil. Portanto, não faz sentido termos a dimensão dessa época...” (Cardoso, 2015).

1.2.2. O Centro de Saúde Militar de Tancos e Santa Margarida

O Centro de Saúde Militar de Tancos e Santa Margarida (CSMTSM) é uma Unidade de Saúde tipo III, dispõe de três médicos militares e apoia as diferentes forças aí sediadas (Brigada Mecanizada, Escola Prática de Engenharia, o Comando da Brigada de Reação Rápida, a Unidade de Aviação Ligeira) na área da MMNA, dispondo de Fisioterapia, Medicina Dentária e colheita de análises clínicas (Alfarroba, 2016).

1.2.3. A Unidade de Saúde de Évora

A Unidade de Saúde de Évora é uma Unidades de Saúde tipo III, que tem como missão prestar apoio sanitário às unidades a Sul do Tejo com exceção das apoiadas pelo Centro de Saúde de Tancos/Santa Margarida. Dispõe de um médico militar, médicos dentistas e médicos civis contratados, com diferentes vínculos e carga horária. Garante consultas de MMNA Clínica Geral; Medicina Dentária e Fisiatria e de MA de Cardiologia; Pediatria; Oftalmologia e Ortopedia (EXE, 2016a).

1.2.4. O Agrupamento Sanitário

O EXE dispõe de equipamento sanitário para apoio aos destacamentos, missões humanitárias e para resposta a situações de crise. O AGRSAN é um dos elementos da componente operacional do sistema de forças que por sua vez dependem do Comando das Forças Terrestres (CFT). Trata-se de uma estrutura modular, passível de ser ampliada, que poderá cumprir o nível de *Role 2*. Deverá ser operada com regularidade, de modo a permitir o treino do pessoal, a manutenção das qualificações, a familiarização com os equipamentos e com o ambiente de campanha (Alfarroba, 2016).

Os quadros técnicos de cuidados diferenciados dos módulos cirúrgicos, de farmácia e de cuidados intensivos necessários ao funcionamento do Hospital de Campanha (HC), prestam serviço em permanência no HFAR, mantendo-se em OB do HC, para efeitos de



treino, exercícios e emprego operacional (MDN, 2015).

A Força de Apoio Militar de Emergência, que foi criada recentemente, visa dotar o EXE com uma estrutura dedicada. São unidades de apoio de combate e de apoio de serviços que asseguram capacidades adicionais aos comandos das grandes unidades, às zonas militares e às unidades operacionais. A sua flexibilidade permite responder a compromissos internacionais (MDN, 2014d).

O AGRSAN está incluído nesta Força, dotando-a com uma capacidade sanitária de *Role 2* (Alfarroba, 2016).

1.3. Força Aérea

A MMNA na Força Aérea (FAP), está na direta dependência da DS, a qual depende do Comando de Pessoal da FAP. A DS tem por missão a prevenção, conservação e recuperação médico-sanitária do pessoal da FAP e a coordenação da atividade veterinária na FAP. Tem ainda as competências de supervisionar as EA, elaborar programas e promover a saúde e prevenção da doença ou do acidente, estabelecer normas técnicas e fornecer apoio aeromédico e treino fisiológico ao pessoal empenhado na atividade aérea; coordenar e desenvolver as atividades no âmbito da psicologia aeronáutica militar; programar, coordenar e controlar as ações de apoio sanitário a destacamentos da FAP no estrangeiro (MDN, 2015b).

Os médicos aeronáuticos colocados nas Bases Aéreas (BA) constituem a linha da frente da Medicina Aeronáutica e são, como tal, os primeiros responsáveis pelo apoio ao pessoal navegante (PN). Todos estes médicos estão habilitados com o Curso Básico de Medicina Aeronáutica e cumprem horas de voo nas esquadras sedeadas nessas bases. Possuidores de uma preparação clínica, que se pretende sólida, sentem e vivem no seu quotidiano os problemas próprios do voo (Duarte, Correia e Silveira, 2006).

Dependem da DS, o Centro de Medicina Aeronáutica (CMA), as Unidades de Saúde das BA e o Centro de Psicologia da Força Aérea (CPSIFA). Sobre o CMA, a DS tem apenas autoridade hierárquica.

1.3.1. As Unidades de Saúde das Bases Aéreas

Todas as BA operacionais são US tipo II, onde estão colocados três médicos militares, com a competência em Medicina Aeronáutica. A quase totalidade destes médicos são especialistas em SA. Na BA4, para além de todas as outras atividades comuns às outras US, os médicos participam nas operações de busca e salvamento (Domingos, 2016). Todas estas US dispõem de Medicina Dentária.



1.3.2. O Centro de Medicina Aeronáutica

O CMA, é um órgão específico da FAP, que constitui, como que uma placa giratória do PN, desde a seleção até ao controlo de aptidão, passando por instrução e treino fisiológico (Entrudo, 1994). O CMA está na dependência hierárquica do Diretor da DS da FAP, mas depende funcionalmente do Diretor do HFAR (MDN, 2015e).

O CMA tem por missão principal o apoio aeromédico ao pessoal envolvido na atividade aérea, de modo a serem asseguradas as melhores condições psicofisiológicas para o cumprimento da atividade operacional. Também constitui missão do CMA, apoiar clinicamente o HFAR em regime de complementaridade de ação. Desenvolve ainda a atividade de seleção e manutenção da aptidão de pessoal da aeronáutica civil, garantindo o cumprimento dos requisitos internacionais das instituições que gerem esta área específica da aeronáutica. Apoiar as missões de saltos operacionais de grande altitude e verifica o oxigénio aeronáutico das FFAA (FAP, 2008).

O CMA é constituído por dois Departamentos: o de Avaliação e Aptidão Aeromédica e o de Formação e Prevenção. Dispõe também de uma da Secção de Treino Fisiológico (STF). A STF tem como missão, ministrar toda a instrução teórica e prática referentes ao treino fisiológico de voo, assegurando os cursos básicos e refrescamentos em fisiologia de voo, bem como garantir a preparação, aptidão e proficiência aeromédica do PN. O CMA apoia com pessoal qualificado, equipamentos e material, as EA ou MEDEVAC e os Destacamentos Médico Sanitários (DAMS) a missões operacionais da FAP (FAP, 2008).

A elevada importância da Medicina Aeronáutica na aviação é inquestionável. A sua quase inexistência originou um número elevado de vítimas na I Guerra Mundial. Do total de acidentes com aeronaves no primeiro ano do conflito, 2% resultaram do combate entre aeronaves, 8% devido a falhas mecânicas e 90% devido a erro humano. Destes cerca de dois terços foram devido a defeitos físicos dos pilotos (War Department, Division of Military Aeronautics, 1919).

A missão do CMA em nada comporta atividade assistencial, no entanto necessita de especialidades médicas que desenvolvem a sua ação em ambiente hospitalar, especialidades da SA com a competência em Medicina Aeronáutica. As especialidades envolvidas nos exames de reavaliação/revisão aeromédica de PN são: Cardiologia; Oftalmologia; ORL e Medicina Dentária. Nos exames de seleção de PN, além das anteriores, são ainda obrigatórias as avaliações por: Neurologia; Ortopedia; Pneumologia e Psiquiatria.

De acordo com a reforma dos SSM a dependência funcional do Diretor do HFAR, é



lógica pois permite, em termos de pessoal a rentabilização e evita a duplicação desses meios, levando à prática do conceito de duplo uso (MDN, 2015e).

Mas para a Diretora do CMA existe alguma dificuldade porque “As decisões sobre o funcionamento do CMA são tomadas pela Força Aérea, seguindo a cadeia hierárquica: Diretora CMA, Diretor Saúde, CPESFA e CEMFA.” (Mateus, 2016).

Foram realizados no ano de 2015, um total de 1875 exames médicos de reavaliação de PN, com a seguinte distribuição por Ramos: 58 MAR; 213 EXE e 1372 FAP. Para entidades civis foram realizados 232 exames (Mateus, 2016).

1.4. Síntese conclusiva

A Reforma do SSM consubstancia uma componente operacional, orientada para o apoio às missões das FFAA. São competências da MMNA as seguintes áreas: Medicina Naval; Medicina Aeronáutica; Medicina da Catástrofe; Medicina da Emergência; Medicina Pré-Hospitalar; Medicina Hiperbárica; e Medicina do Viajante.

Com a recente reestruturação da SM, a reorganização da prestação de cuidados de saúde de proximidade às unidades militares também foi remodelada com a constituição de uma rede de US, atuando na dependência dos Ramos das FFAA, com três tipologias de acordo com o tipo de prestação de cuidados médicos.

A sustentação da MMNA deverá ser realizada por especialistas em MGF com competência em trauma, em Medicina Naval ou Aeronáutica, de acordo com a nova legislação.

Esta nova realidade irá permitir a colocação de médicos especialistas em SA no HFAR.

Os cuidados de saúde especializados da US tipo III quando justificado, deverão ser realizados por médicos especialistas em SA. Estes especialistas deverão estar colocados no HFAR. Desta forma maximiza-se um recurso valioso mantendo um elevado nível de proficiência destes profissionais. Outra forma de oferecer estes cuidados poderá ser através de serviços de telemedicina, fornecida pelo HFAR, nos locais onde a concentração de militares o justifique possibilitando a resposta rápida ao pessoal no ativo evitando a sua deslocação.

Atualmente os Ramos, em especial a MAR através do CMN, e em maior escala o EXE através do CSMC e Unidade de Saúde de Évora, mantêm estruturas de MMNA que oferecem cuidados de SA, com médicos colocados nestes Centros o que implica uma duplicação de oferta e não permite a colocação e rentabilização destes especialistas no HFAR. Isto sucede porque nos encontrarmos na fase de transição da reforma da SM e porque o HFAR



difficilmente consegue oferecer a resposta adequada às necessidades dos Ramos motivada pela falta de especialistas.

A hipótese 1 foi confirmada pelo que se respondeu à QD1.



2. *Medical Support* na Organização do Tratado do Atlântico Norte

Segundo a Constituição da República Portuguesa, artigo 275º, incumbe às FFAA, nos termos da lei, satisfazer os compromissos internacionais do Estado Português no âmbito militar e participar em missões humanitárias e de paz assumidas pelas organizações internacionais de que Portugal faça parte (AR, 2005).

Dentro das diferentes orientações específicas no âmbito da SM, esta tem que garantir, em matéria de MMNA e com base na doutrina OTAN, a prontidão das forças, a recuperação rápida de militares e o apoio às operações (PCM, 2008).

Para Portugal, a continuidade da Aliança Atlântica e da União Europeia (EU) são indispensáveis para garantir condições mínimas de estabilidade num cenário de transformação, uma vez que permanecem no ambiente de segurança internacional fatores de instabilidade e conflitualidade cujas consequências, difíceis de prever, podem desencadear situações de risco, que, direta ou indiretamente, podem pôr em causa os interesses nacionais (PCM, 2013).

No princípio do século XXI, Portugal como membro da UE, da OTAN e da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), está no centro geográfico da comunidade transatlântica e é um elo natural nas relações entre a Europa Ocidental e a América do Norte e com a América do Sul e a África Austral, regiões com as quais se pretende aprofundar o nosso relacionamento (PCM, 2013).

Compete ao Estado português, participar em missões militares internacionais na defesa da paz e da segurança, nomeadamente no quadro das Nações Unidas, da OTAN e da UE. O vetor militar é primordial no apoio à política externa (PCM, 2013).

De modo a expandir a influência e as relações diplomáticas com outros países e organizações, as operações militares em território estrangeiro, ganham especial relevância nacional e são um fator de projeção do prestígio internacional de Portugal.

As ações de participação da SM em missões OTAN, podem ser consideradas de *soft power*, ferramenta importante como influência e oportunidades de colaboração.

A SM assume especial relevo na projeção de FND, no âmbito dos compromissos internacionais que o Estado português se vincula, constituindo uma forma consensual de ação militar num teatro de operações (TO), quer no âmbito de conflitos armados como instrumento de promoção de solidariedade nacional para com a Comunidade Internacional (MDN, 2015f).

Foi na reunião dos Ministros da Defesa da UE em Ghent, em 2010, que o *Pooling &*



Sharing (P&S) foi relançado, ao ser eleito como o instrumento com potencial para mitigar as consequências da crise económico-financeira por, supostamente, promover a redução dos custos de manutenção das capacidades militares e melhorar a interoperabilidade entre as várias forças europeias (Leal, 2012).

É com base na doutrina OTAN que se deve garantir, em matéria de MMNA, a prontidão das forças, a recuperação dos militares e o apoio às operações. Será também com base nessa mesma doutrina que deverão ser ministradas as capacidades e competências a todo o pessoal de saúde nelas empenhadas (Guerra, 2013).

A doutrina OTAN deve ser utilizada de forma a assegurar a coerência na doutrina nacional. A doutrina e os princípios que regem o apoio médico às missões militares - *Medical Support*- estão contidos na seguinte publicação OTAN, AJP-4.10 (B) (NATO, 2015). Todos estes conteúdos de formação depois de aprendidos e certificados em centros especializados para o efeito, deverão ser praticados de forma regular e contínua, através da participação em exercícios militares, de modo a existir um maior conhecimento, experiência e execução a diferentes escalões da MMNA.

O suporte médico apropriado é um forte contributo para a proteção e moral da força através da prevenção da doença, rápida evacuação e tratamento dos doentes ou feridos, possibilitando o retorno ao serviço desses elementos.

O suporte médico multinacional é a realidade atual, pelo que existe a necessidade de a estrutura operacional de apoio sanitário ter que possuir o conhecimento e cumprir os requisitos OTAN do apoio médico organizado em combate.

A opção multinacional visa obter uma otimização da utilização dos recursos médicos, através da coordenação e integração de meios e capacidades dos países participantes. Permite também que se explorem as potencialidades de cada um dos estados intervenientes, superando as limitações individuais com a procura da complementaridade (Cardoso, 2002).

2.1. Níveis de Prestação de Cuidados Médicos

O tempo é um fator fundamental para a sobrevivência e recuperação dos feridos em combate, assim a MMNA deverá possuir uma organização que permita o tratamento médico adequado desde a linha da frente até ao hospital mais diferenciado se clinicamente existir essa necessidade. Só assim é possível reduzir a mortalidade e as sequelas, bem como o período de hospitalização.

Existe a necessidade absoluta de iniciar a ressuscitação e estabilização, assim que possível, no TO. O tempo é precioso para o sucesso do tratamento do ferido em combate.



Desta forma há a necessidade de formação em suporte básico de vida para todos os elementos da força e que assim estejam habilitados a fornecer os primeiros socorros à vítima.

São quatro os diferentes níveis de execução e prática da MMNA em que cada um é caracterizado por itens de capacidade sanitária, bem definidos, tanto a nível logístico como organizacional.

O número um, é o nível assistencial mais imediato e próximo do doente no TO até ao nível mais diferenciado que é o quatro, e se localiza, habitualmente, no país de origem do militar ferido. Portanto, em condições de batalha, o ferido vai sendo evacuado do primeiro aos diferentes níveis com a prestação dos diferentes cuidados médicos.

Todos os níveis têm que coexistir em diferentes zonas. Na zona de combate temos o *Role 1* ou *Role 2* Básico. Na interface da zona de combate à zona de comunicações, o *Role 2* Acrescido. Na zona de comunicações o *Role 3*. O *Role 4* está habitualmente no país hospedeiro. Os diferentes níveis de prestação de cuidados estão definidos na seguinte tabela:

Tabela 7 – Níveis de Prestação de Cuidados Médicos

<i>Role 1</i>	Garante o suporte médico básico, primeiros socorros especializados, triagem, ressuscitação e estabilização de feridos mesmo em ambiente NBQ. Representa o nível mais básico de cuidados, é a primeira linha de intervenção da MO em qualquer tipo de atuação. É caracterizada por possuir grande mobilidade e capacidade de retirada, assim como estar muito próximo da linha da frente. Este nível deve ser assegurado por medicina geral e familiar e trauma, pelo médico que pertence à US da força destacada.
<i>Role 2</i>	É caracterizado pela capacidade em realizar intervenções cirúrgicas. Garante uma capacidade intermédia de receção e triagem de feridos. Tem capacidade para a ressuscitação cardíaca e tratamento do choque a um nível tecnicamente superior ao <i>Role 1</i> . Inclui capacidade cirúrgica diferenciada, cirurgia para controlo dos danos – de emergência médica para salvar a vida, membros ou função, enfermaria de recobro, para os que após o tratamento regressarão ao serviço ou serão evacuados para um nível superior por necessitarem de cuidados médicos mais diferenciados. Inclui tratamentos dentários de urgência, saúde ambiental e psiquiatria ou psicologia, para prevenção e tratamento de stress pós-traumático. O <i>Role 2</i> pode ser Básico ou Acrescido, sendo o primeiro mais móvel e presta cuidados ao nível de brigada ou unidade naval, enquanto que o segundo, pode ser considerado um pequeno hospital de campanha com a capacidade de evacuar diretamente para o <i>Role 4</i> . Este nível deve ser assegurado pelo médico que pertence à MA, pois exige um grau de especialização médico cirúrgico.
<i>Role 3</i>	Corresponde aos hospitais de campanha projetados, assim como todos os elementos de suporte. Com caráter estático, possui uma grande variedade de especialidades médicas e cirúrgicas, cuja participação é decidida à medida de cada missão, mas onde se inclui, obrigatoriamente, a cirurgia especializada, Unidade de Cuidados Intensivos e os MCDT. Este nível deve ser assegurado pelo médico que pertence à MA pois exige um grau de especialização médico cirúrgico.
<i>Role 4</i>	Contempla meios humanos e materiais, técnicos e de apoio, necessários para proporcionar cuidados definitivos, altamente diferenciados, onde se incluem todas as especialidades cirúrgicas, bem como procedimentos médicos. Engloba a cirurgia reconstrutiva, bem como a reabilitação física e psíquica. Tem lugar no país de origem ou em hospitais militares centrais de um país amigo, excluído do TO.

Fonte: (AJP-4.10 (B), 2015)

A evacuação médica constitui o elo unificador de todas as partes deste sistema integrado de tratamento dos doentes, nomeadamente no movimento de saída do TO até à



admissão no nível *Role 4*, requerendo, para o efeito, competência tática na sua disponibilidade, continuidade e regulação das baixas.

O apoio médico organizado em combate a partir do local do incidente é vital e deverá garantir em dez minutos, o primeiro escalão de apoio médico para assegurar, a via respiratória, parar a hemorragia e chamar ajuda diferenciada, para dentro de uma hora, oferecer a assistência médica qualificada e realizar a ressuscitação de controlo de danos, e dentro de duas horas, realizar a intervenção cirúrgica se necessária, designada cirurgia de controlo de danos (Regra 10-1-2). Quanto mais na frente de combate, maior é a mobilidade e menor é a diferenciação médica. Ao invés, na retaguarda, é maior a diferenciação e menor a mobilidade. A estrutura operacional de apoio sanitário tem que cumprir os requisitos OTAN e a regra 10-1-2 para atingir o objetivo da taxa de sobrevivência de 98% para os que chegam ao *Role 3*. A importância da cirurgia de controlo de danos, cirurgia de emergência médica, é também inegável, pois previne a causa mais frequente de morte no TO motivada pela hemorragia das extremidades.

Os cuidados prestados deverão ser continuados e apropriados ao longo desta cadeia. A passagem do paciente entre os diferentes níveis não é obrigatoriamente linear podendo ocorrer o *by-pass* de um ou mais níveis, como é demonstrado na figura 1.

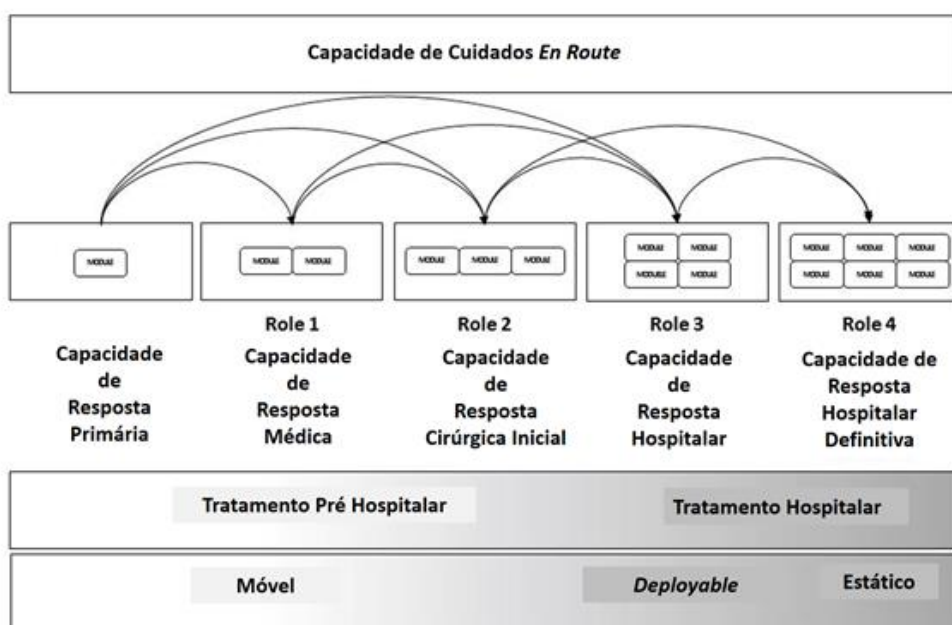


Figura 1 – Cadeia de Cuidados Médicos

Fonte: (AJP-4.10 (B), 2015)

Atualmente o suporte médico é realizado através de uma abordagem modular que



permite a interoperabilidade. A cada módulo corresponde um determinado equipamento e pessoal, capaz de desenvolver uma certa capacidade. O *Pooling and Sharing of Multinational Medical Treatment Facilities*, pode ser obtido através das diferentes capacidades médicas oferecidas pelos diferentes países. O *Role 2* ou *3* é assegurado habitualmente por múltiplas nações, com um módulo definido por nação, maximizando assim os recursos sanitários. O AGRSAN do EXE é uma estrutura modular, passível de ser ampliada, que poderá cumprir o nível de *Role 2*. Importante para a estrutura é também o control e comando médico que é efetuado pelo *Medical Advisor* e *Medical Diretor*.

Este modelo de organização possibilitou a redução drástica de fatalidades médicas na história militar recente, com uma redução drástica na mortalidade dos feridos em combate. Na II Guerra Mundial 19% dos feridos em combate, morriam. Na Guerra do Vietnam essa taxa diminuiu para 15% e, atualmente na Guerra do Iraque e do Afeganistão reduziu para 9% (Dries, 2014).

2.2. Evacuações Aeromédicas

O avião revolucionou a vida do Homem em diversos campos, incluindo no campo da saúde, criando a possibilidade de se realizar o transporte aéreo de doentes (DeHart, 1993).

Com mais de um século de evolução, o transporte aéreo de doentes constitui hoje uma parte integrante da panóplia de meios de transporte que qualquer país deve possuir, permitindo que a assistência médica dê resposta, nas situações em que a gravidade das vítimas exige um transporte e um tratamento rápido e/ou nas situações em que existe inacessibilidade a outros meios de transporte (Sousa, 2008). Conforme referimos, o tempo é fundamental para garantir o sucesso do tratamento do ferido em combate.

A indicação médica fundamental para o transporte sanitário em geral, e para o aéreo em particular, é facilitar o acesso a meios mais adequados para o tratamento. O transporte aéreo joga um papel fundamental, devido às suas características especiais que o diferenciam dos restantes, uma vez que a sua versatilidade e rapidez na chegada ao local e posterior evacuação é determinante na possibilidade de sobrevivência das vítimas.

O transporte de doentes por via aérea exige capacidades e qualificações específicas e elaboradas, como se pode constatar pela análise do documento da OTAN, AAMedP-1.1-*Aeromedical Evacuation* (NATO, 2014).

Podemos definir EA também designada por *MEDEVAC*, como o movimento por transporte aéreo de um paciente sob supervisão médica, entre instalações médicas e como parte integrante do tratamento. Todas as EA devem incluir sempre enfermeiros de voo



treinados para realizar as EA e, complementados quando o quadro clínico do doente o exige, por médicos aeronáuticos. A todos é exigida formação acerca dos possíveis impactos do ambiente de voo na clínica dos doentes, assim como formação acerca dos procedimentos de emergência, da documentação específica, etc (NATO, 2014). As EA são uma das capacidades mais importantes na cadeia de resgate médico.

A EA constitui o elo unificador de todas as partes da cadeia médica e fornece, normalmente, a ligação fundamental dos doentes no movimento de saída do TO até à admissão no nível de *role 4* (Duarte, 2009).

No sentido de a capacidade adequada para a realização de EA estar garantida, são três os principais níveis de abordagem (Mateus, 2016):

-Primeiro, o conhecimento das especificidades de cada aeronave disponível, tais como: capacidade pressurização; capacidade de acondicionamento de doentes, dependendo do número e gravidade das patologias; e disponibilidade e tipo de aeródromos para aterragem.

-Segundo, os equipamentos de saúde deverão ser os adequados para o número de doentes e patologias. Estes equipamentos incluem material que deverá estar, a todo o momento, disponível para cada missão solicitada. Deverão ser, ainda, certificados para meio aeronáutico. Os equipamentos que não cumpram este requisito poderão colocar em causa a segurança de voo e a capacidade de manter a vida do doente.

-Terceiro, o pessoal de saúde deverá estar devidamente qualificado em: Medicina Aeronáutica; EA; transporte aéreo de doentes críticos; e sobrevivência na água.

Existem três categorias de EA com base no local de evacuação: a avançada; a tática e a estratégica.

A avançada, é a EA entre o ponto do traumatismo e o primeiro ponto de tratamento primário no TO. Aqui existe a necessidade de uma rápida evacuação que possibilite o acesso a cuidados médicos adequados. A EA tática, é definida como a fase que providencia o transporte aéreo para o paciente entre as instalações médicas dentro das áreas de operações. A EA estratégica, é definida como a fase que providencia o transporte aéreo do paciente das instalações médicas dentro da área das operações para instalações médicas fora da área das operações ou entre as instalações médicas fora das áreas de operações (NATO, 2014).

2.3. Síntese conclusiva

De modo a expandir a influência e as relações diplomáticas com outros países e organizações, as operações militares em território estrangeiro, ganham especial relevância Nacional e são um fator de projeção do prestígio internacional de Portugal.



A SM assume especial relevo na projeção de FND, no âmbito dos compromissos internacionais que o Estado português se vincula.

O suporte médico multinacional é uma realidade atual, pelo que existe a necessidade da estrutura operacional de apoio sanitário possuir o conhecimento doutrinário e cumprir os requisitos OTAN do apoio médico organizado em combate.

Todos os níveis de prestação de cuidados médicos têm que coexistir em diferentes zonas, na zona de combate temos o *Role 1* ou *Role 2* Básico, na interface da zona de combate à zona de comunicações o *Role 2* Acrescido, na zona de comunicações o *Role 3* e o *Role 4* está habitualmente no país hospedeiro.

O fator tempo é fundamental para o êxito da recuperação do ferido em combate, razão pela qual as EA desempenham papel fundamental na prestação dos cuidados médicos. As EA deverão ser realizadas por médicos que possuam a competência exigida para executar esta missão.

As estruturas modulares dos *Roles 2* e *3* são atualmente uma realidade. Isto permite assegurar os cuidados médicos através da colaboração de múltiplas nações, exigindo um menor esforço individual. Estes níveis de suporte médico, bastante diferenciados e onerosos, tendem a ser assegurados nos cenários atuais por diferentes nações. Poderemos questionar se Portugal terá dimensão e condições económicas para uma estrutura da dimensão do AGRSAN, de *Role 2*.

Os diferentes níveis de cuidados no apoio médico organizado em combate, são assegurados por médicos da SA, justificada pela diferenciação necessária para executar a missão, exceto no *Role 1* que deverá ser assegurado pelo médico de MGF com competência em trauma que acompanha a força destacada.

Os médicos especialistas em SA deverão necessariamente desenvolver a sua atividade em tempo de paz no hospital, de modo a manter os níveis de qualificação e proficiência elevados, pelo que a hipótese 2 foi confirmada, dando-se assim resposta à QD2.



3. Evacuações Aeromédicas em Território Nacional

A elevada importância das EA na cadeia de tratamento dos doentes e em especial nos feridos em combate bem como a competência em Medicina Aeronáutica das equipas envolvidas, já foi referida no capítulo anterior.

As EA podem ser primárias ou secundárias. As EA primárias são definidas pelo transporte da vítima do local do acidente para um local de assistência médica. Estas são realizadas por entidades militares e civis, individualmente e/ou em cooperação, têm cariz de *life-saving* e, na maioria dos casos, o doente chega ao destino em melhores condições do que se fosse transportado por outro meio. As EA secundárias são também realizadas por organizações militares e instituições civis e incluem as transferências entre unidades hospitalares e o transporte de órgãos para transplante.

3.1. Organismos Intervenientes

As EA são executadas, em Portugal, maioritariamente pelo Estado, numa interligação de Ministérios, MDN, Ministério da Administração Interna (MAI) e Ministério da Saúde (MS) e de forma crescente, por empresas de aviação civil, que têm na sua atividade o transporte de doentes.

3.1.1. Força Aérea Portuguesa

A missão primária da FAP inclui a capacidade de realização de EA em âmbito operacional. Assim, deverão os seus meios e pessoal militar, estar permanentemente prontos a proceder às EA, dos militares portugueses vítimas de doença súbita ou de trauma, dentro do teatro operacional e a realizar as evacuações estratégicas.

Está, igualmente, atribuída à FAP a realização de missões de interesse público, sem compromisso da sua missão operacional.

As missões de interesse público que, à data atual são realizadas pela FAP são as seguintes:

1. Busca e Salvamento (SAR), que pode ser em ambiente marítimo ou em incidentes com aeronaves no espaço aéreo de responsabilidade nacional. No ano de 2015 foram realizadas 31 missões e 38 doentes transportados (Mateus, 2016).

2. Transporte de Evacuados (TEVS) que se destina ao transporte de doentes entre locais. O transporte deve ser acompanhado de assistência médica a bordo denominando-se MEDEVAC. Na falta de equipa médica designa-se CASEVAC.

3. Evacuações inter-ilhas nas RAA e da RAM, assegurado por um serviço contínuo de 24 horas. No ano de 2015 foram realizadas 183 missões e foram transportados 217 doentes



na RAA e realizadas 194 missões e transportados 243 doentes na RAM (Mateus, 2016);

4. Evacuações das Regiões Autónomas para o continente, assegurado por um serviço contínuo de 24 horas;

5. Evacuações de não combatentes. Trata-se da retirada, por via aérea, de cidadãos de nacionalidade portuguesa, para fora de países em situação súbita de crise política/militar onde residem, e que poderá colocar em risco a sua integridade física ou a vida. Esta missão é enquadrada numa outra, primordialmente da responsabilidade da Presidência de Conselho de Ministros (PCM)/Ministérios dos Negócios Estrangeiros, que solicita às FFAA a colaboração nesta fase específica da missão de repatriamento. Ao abrigo de protocolos de mútua colaboração com países amigos, pode, eventualmente, ser solicitado a Portugal a evacuação de cidadãos de outras nacionalidades que se encontrem na mesma situação no mesmo país e vice-versa.

A realização de EA, no âmbito das missões de interesse público, reveste-se da maior relevância, pois permite manter o treino e, logo, a qualificação do pessoal militar envolvido. O treino não será apenas para o pessoal de saúde, mas igualmente para os restantes militares tripulantes das aeronaves e das operações do Comando Aéreo, responsáveis pela coordenação dos meios aéreos. Possibilita o apoio às populações a todo o momento, já que Portugal integra zonas insulares distantes do continente e uma costa e zona económica exclusiva de grandes dimensões, particularidades que exigem a disponibilidade de meios aéreos robustos e com excecional autonomia. Permite ainda o apoio a cidadãos portugueses a residir em países com alguma fragilidade política/social/militar. Esta missão tem um elevado prestígio junto da opinião pública, sempre tão necessário para as FFAA e são um orgulho e brio para os militares que as realizam.

A FAP mantém um dispositivo em alerta permanente na Região de Busca e Salvamento, para o cumprimento das suas responsabilidades no âmbito do Serviço de Busca e Salvamento Aéreo.

3.1.2. Autoridade Nacional de Proteção Civil

A Proteção Civil é, a atividade desenvolvida pelo Estado, Regiões Autónomas, Autarquias, pelos cidadãos e por todas as entidades públicas e privadas, com a finalidade de prevenir riscos coletivos inerentes a situações de acidente grave ou catástrofe, de atenuar os seus efeitos, proteger e socorrer as pessoas e bens em perigo, aquando da ocorrência daquelas situações (AR, 1991).

A partir de 2006 a Autoridade Nacional de Proteção Civil (ANPC) sucede nas



atribuições, bem como nos direitos e obrigações, ao Serviço Nacional de Bombeiros e Proteção Civil (SNBPC) , constituindo um serviço central de natureza operacional, sob administração direta do Estado, dotado de autonomia administrativa e financeira e património próprio, na dependência do membro do Governo responsável pela área da Administração Interna (AR, 2006).

O Comando Nacional de Operações de Socorro da ANPC , tem competência entre outras, para coordenar operacionalmente os comandos de agrupamento distrital de operações de socorro; Assegurar o comando e controlo das situações que pela sua natureza, gravidade, extensão e meios envolvidos ou a envolver requeiram a sua intervenção; Promover a análise das ocorrências e determinar as ações e os meios adequados à sua gestão; E assegurar a coordenação e a direção estratégica das operações de socorro (MAI, 2013).

Em 2014 com o processo de extinção da Empresa de Meios Aéreos, S. A., levou à concentração na ANPC das funções anteriormente desempenhadas por aquela empresa pública, que eram as seguintes:

- Assegurar a atividade de planeamento civil de emergência para fazer face, em particular, a situações de crise ou guerra;

- Assegurar a coordenação horizontal de todos os agentes de proteção civil e as demais estruturas e serviços públicos com intervenção ou responsabilidades de proteção e socorro;

- Proceder, sempre que necessário, à articulação com o MDN, em matéria de planeamento civil de emergência a nível OTAN;

- Gerir de forma integrada o dispositivo permanente dos meios aéreos, por forma a garantir a disponibilidade dos meios aéreos necessários às entidades competentes para a prossecução das atribuições cometidas ao MAI (MAI, 2014).

Na RAA o Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores (SRPCBA) desempenha um papel vital na coordenação e no apoio logístico nas EA. Compete aos operadores de comunicações do SRPCBA acionar as operações da FAP, evocando perante o oficial de serviço a necessidade de evacuação, transmitindo toda a informação necessária (SRS-RAA, 2014).

3.1.3. Instituto Nacional de Emergência Médica

Portugal tem, desde 1981, um Sistema Integrado de Emergência Médica (SIEM), trata-se de um conjunto de entidades que cooperam com um objetivo: prestar assistência às vítimas de acidente ou doença súbita. Essas entidades são a Polícia de Segurança Pública (PSP), a Guarda Nacional Republicana (GNR), o Instituto Nacional de Emergência Médica



(INEM), os Bombeiros, a Cruz Vermelha Portuguesa e os Hospitais e Centros de Saúde. O INEM é o organismo do MS responsável por coordenar o funcionamento, no território de Portugal Continental, do SIEM (MAS, 1981).

O INEM, tem por missão definir, organizar, coordenar, participar e avaliar as atividades e o funcionamento do SIEM de forma a garantir aos sinistrados ou vítimas de doença súbita a pronta e correta prestação de cuidados de saúde. É atribuição do INEM assegurar o atendimento, triagem, aconselhamento das chamadas que lhe sejam encaminhadas pelo número telefónico de emergência e acionamento dos meios de emergência médica apropriados (MS, 2012).

O INEM - I.P., é um instituto público integrado na administração indireta do Estado sob superintendência e tutela do respetivo ministro da Saúde (MS, 2011).

De forma a organizar os pedidos de assistência, o INEM criou, em 1987, os Centros Coordenadores de Doentes Urgentes (CODU) , com o objetivo de avaliar, com a maior brevidade possível, os diferentes pedidos de socorro, determinando os recursos humanos e materiais a enviar para o local.

Inaugurado em dezembro de 1989, o Centro de Orientação de Doentes Urgentes Mar (CODU-Mar) foi criado para dar apoio e aconselhamento médico a situações de emergência passadas a bordo de embarcações. Este serviço ficou assegurado em permanência por médicos e técnicos preparados para exercer telemedicina, através das novas tecnologias. Atualmente, o CODU-Mar garante os cuidados a prestar, procedimentos e terapêutica a administrar à vítima, podendo também acionar a evacuação do doente, organizar o acolhimento em terra, e encaminhá-lo para o serviço hospitalar adequado. Todas as ocorrências em alto mar são da competência da MAR, que é a entidade que decide quais os meios que devem ser ativados neste tipo de situação. Não é da competência do CODU-Mar a ativação dos meios de emergência do INEM para intervir dentro das embarcações marítimas, embora a MAR possa ativar os meios do INEM.

Decorria o ano 1997 quando o Instituto deu início ao Serviço de Helicópteros de Emergência Médica (SHEM) (INEM, 2013), acompanhando a evolução da sociedade no que respeita à panóplia de meios de evacuação disponível, na procura de melhores condições de acesso às vítimas, de forma segura e rápida. Inicialmente, consistia num serviço disponível apenas no período diurno, mas que em 2000 passou a estar disponível durante as 24 horas. Com o protocolo estabelecido entre a FAP e o INEM em 30 de abril 2003, passou para responsabilidade do INEM a evacuação sanitária de doentes e acidentados em território



continental. O SHEM realizou 920 missões em 2015 (Marcão, 2016).

Os helicópteros do SHEM são utilizados no transporte de doentes graves entre unidades de saúde (transporte secundário) ou entre o local da ocorrência do sinistro/acidente e a unidade de saúde (transporte primário).

Atualmente existe um protocolo em vigor entre o INEM e a FAP, assinado em 2003, com a finalidade do estabelecimento de bases de cooperação para a realização de missões de evacuação sanitária por meios aéreos, para situações em que os meios do INEM poderão ser insuficientes ou apresentar limitações operacionais (FAP e INEM, 2003).

3.1.4. Outros

Paralelamente às instituições referidas, diversas companhias privadas da aviação civil exercem, dentro das suas atividades, o transporte aéreo de doentes, algumas com mais de vinte anos de exercício, onde se destacam a “OMNI Aviação e Tecnologia Lda” e a “Helisul - Sociedade de Meios Aéreos Lda.”. Estas empresas fornecem/alugam, com base em protocolos, os meios aéreos utilizados pelo INEM e pela ANPC.

3.2. Sistema Nacional de Busca e Salvamento

Incluídas nas EA, as missões de Busca e Salvamento constituem um tipo de evacuação primária que requer elevada coordenação, dada a sua complexidade. Na prática, o meio aéreo desenvolve uma ação de busca e salvamento em que existe, por vezes, alguma incerteza da localização exata das vítimas.

O Sistema Nacional de Busca e Salvamento (SNBS) é o sistema que garante a salvaguarda da vida humana em caso de acidente aéreo ou marítimo nas áreas de responsabilidade nacional. A área de Busca e Salvamento sob responsabilidade de Portugal equivale a sessenta e três vezes o território nacional, o que corresponde a cerca de 5 792 740 Km². De forma a garantir uma eficiente cobertura de todo o território nacional, foram criadas duas Regiões de Busca e Salvamento (SRR), a de Lisboa e a de Santa Maria. Em cada uma destas SRR foram criados Centros de Coordenação. O Centro de Coordenação de Busca e Salvamento Aéreo (RCC), da responsabilidade da FAP e o Centro de Coordenação de Busca e Salvamento Marítimo (MRCC), da responsabilidade da MAR. Estes Centros coordenam entre si todas as ações de busca e salvamento e definem quais os meios a utilizar.

O Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Marítimo (SBSM) foi criado em 1994, visando a salvaguarda da vida humana no mar, em cumprimento do disposto na Convenção Internacional sobre Busca e Salvamento Marítimo, de 1979. (Ministério da Defesa Nacional, 1994). O SBSM está atribuída à MAR. O Chefe do Estado-Maior da Armada (CEMA) dirige



o SBSM (MDN, 2014b).

O Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Aéreo (SBSA) foi criado em 1995, visando a salvaguarda nos casos de acidente ou de situações de emergência ocorridos em aeronaves, em cumprimento do disposto no artigo 25º da Convenção de Chicago sobre Aviação Civil Internacional, de 1944 (MDN, 1995).

O MDN é a autoridade nacional responsável pelos dois Sistemas. A existência de uma comissão consultiva para cada um dos dois sistemas originava frequentemente o alargamento de actividades de uma das comissões à sua homóloga, derivando tal facto da natureza sinérgica e concomitante de ambos os sistemas. Assim foi criada em 1999 uma comissão única, a Comissão Consultiva para a Busca e Salvamento, visando a simplificação de procedimentos e o aumento de eficácia no cumprimento das atribuições (MDN, 1999).

Esta Comissão é composta por quatro representantes do MDN, desempenhando um as funções de presidente, dois representantes do MAI, três representantes do Ministério do Equipamento do Planeamento e da Administração do Território (MEPAT), e um representante do MS (MDN, 1999).

O SBSA é responsável pelas ações de busca e salvamento relativas a acidentes ocorridos com aeronaves nas regiões de busca e salvamento de Lisboa e de Santa Maria. É o Chefe do Estado-Maior da Força Aérea (CEMFA) que dirige o SBSA (MDN, 2014b).

Compete à Autoridade Aeronáutica Nacional (AAN) regular o SBSA. O CEMFA é, por inerência, a AAN e, nesta qualidade funcional, depende do MDN. A AAN participa ainda na definição e desenvolvimento da política aeronáutica nacional e internacional (AR, 2013).

3.3. Assistência Médica a Bordo

De forma pouco coerente, em Portugal, podemos encontrar a bordo dos meios aéreos, pertencentes ao Estado, equipas de saúde de constituição distinta para o mesmo tipo de evacuação e com a mais diversa formação, sem que exista qualquer centro com funções de coordenação e uniformização das evacuações.

Concretamente, a bordo das aeronaves que efectuem evacuação de doentes, podemos encontrar nas da FAP: Enfermeiros e/ou médicos militares todos com competência em Medicina Aeronáutica. Nas equipas dos restantes intervenientes, apenas alguns elementos possuem o Curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos: Médicos e enfermeiros do INEM; Médicos e enfermeiros da Unidade de Evacuações Aéreas do Hospital do Santo Espírito de Angra do Heroísmo; Médicos e enfermeiros do Centro de Saúde de Porto Santo;



e por último Recuperadores Salvadores, que aliam às suas competências técnicas a formação em SBV .

Nas aeronaves do INEM, encontramos somente médicos e enfermeiros do INEM. A equipa médica tem preferencialmente o Curso de Fisiologia de Voo e Segurança em Heliportos, mas não a competência em Medicina Aeronáutica (Marcão, 2016).

Nas aeronaves do ANPC, trabalham Recuperadores Salvadores da ANPC e médicos e enfermeiros do INEM.

As plataformas que efetuam as EA são variadas e diferenciadas: na FAP são o EH 101, o C 295 e o Falcon 50. No INEM, o Augusta 109 e na ANPC, o Kamov. São aeronaves com características e capacidades distintas.

Após as entrevista realizadas verificou-se que as assimetrias são consideráveis na ativação por critério clínico entre o continente e as regiões autónomas, no continente é o CODU, na RAA é médico regulador do Serviço Regional de Proteção Civil e Bombeiros dos Açores e na RAM é efetuado pelo Serviço Regional de Protecção Civil.

Assim, perante a diversidade de meios e interventores, torna-se complexa a compreensão das responsabilidades e da forma de resposta aos pedidos de EA, por cada um dos envolvidos.

Para o Delegado Regional do INEM, os Centros Coordenadores atualmente existentes são suficientes para gerir a casuística registada mas seria vantajoso implementar o seu funcionamento em rede com todos os intervenientes nas EA, com protocolos de acionamento estabelecidos (Marcão, 2016). No entanto para a Diretora do CMA, as FFAA deverão ser as responsáveis pela coordenação e execução de todas as evacuações aeromédicas em âmbito militar e de interesse público (Mateus, 2016).

3.4. Síntese Conclusiva

As EA têm uma elevada importância na cadeia de tratamento dos doentes e em especial nos feridos em combate. Este procedimento deve ser realizado por equipas que possuam competência em Medicina Aeronáutica.

A nível nacional são vários os organismos intervenientes, militares e civis, são várias as plataformas utilizadas, são diferentes o grau de formação das equipas que participam neste procedimento e ainda existe uma assimetria na ativação das EA entre o continente e as ilhas.

Apenas as equipas da FAP têm competência em medicina aeronáutica.

Seguindo o princípio da economia de esforço deveria existir uma concentração de meios, o que permitiria uma maior flexibilidade na utilização das plataformas, deslocando-



as de acordo com as necessidades dos diferentes intervenientes. As plataformas poderiam estar concentradas na FAP, sede do saber e do *know how* do meio aéreo. O controle operacional deveria pertencer à FAP e o controle tácito deveria pertencer às diferentes entidades permitindo uma execução descentralizada.

Deveria ser objeto de estudo mais profundo as EA em território nacional. Uma das possibilidades de organização e promoção da qualidade da assistência médica e dos meios na EA passaria pela criação de um Órgão Nacional de EA, com responsabilidade de controlo, coordenação, definição/uniformização de requisitos formativos e criação de critério de ativação das EA com base no quadro clínico dos doentes a transportar. O treino e formação de todos os envolvidos deveria ser conjunto e eficaz.

A criação de um órgão de cadeia única, com a participação das FFAA e das entidades civis, uniformizava as EA no território nacional.

Desta forma a hipótese três encontra-se validada.



4. O Hospital das Forças Armadas

Segundo Duarte (2009), um dispositivo de apoio sanitário correto necessita de se apoiar num HM desenvolvido, qualificado, com as necessárias idoneidades para gerar competências próprias, capaz de manter o treino ao pessoal altamente especializado que assim se manterá sempre pronto e devidamente treinado para ser projetado e participar nas operações exteriores.

É no ambiente envolvente, que por sua vez condiciona a missão, os objetivos estratégicos e os meios para a sua consecução, que radica a maior diferença entre os hospitais militares e os civis, por outro lado, os hospitais civis não estão vocacionados para a problemática da medicina de campanha e por isso não formam nem treinam os seus profissionais nas valências que constituem atributos da MM, e não têm capacidade nem autoridade para mobilizarem equipas sanitárias destinadas a participarem em missões do Estado (Sousa, 2012).

Os hospitais não podem ignorar que têm, hoje em dia, uma tripla vertente na sua atividade: são simultaneamente plataformas tecnológicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vetores essenciais de formação e ensino de profissionais de saúde. São essas vertentes que vão caracterizar a especificidade de um HM, de disponibilidade e prioridade na assistência aos militares com enfoque dado à primazia da sua prontidão, bem como a disponibilidade de se mobilizar no apoio a forças destacadas (Silveira, 2013).

A SM tem que oferecer cuidados médicos de elevada qualidade e conseguir projetar capacidades sanitárias o que só é possível com um hospital de elevada qualidade e diferenciação.

Nenhuma organização investe tanto em cuidados de saúde com o seu pessoal como a Instituição Militar. Talvez porque nenhuma outra profissão esteja sujeita aos riscos e ao sofrimento a que estes regularmente estão expostos e talvez porque ninguém melhor do que os militares sabem os efeitos nefastos que a dor e o sofrimento têm na moral, no espírito e no corpo dos seus homens (Santana, 2009). Este apoio faz-se sentir nas diferentes vertentes da SM e também na sua vertente assistencial através do HM.

É missão de um HM manter as capacidades e proficiências médicas necessárias para o apoio das operações, contribuir para prontidão das forças sanitárias e por último garantir o apoio à nação em situações de crise.

É no HFAR que estão os quadros técnicos de cuidados diferenciados dos módulos



cirúrgicos, de farmácia e de cuidados intensivos necessários ao funcionamento do HC do EXE constituindo este mais um dos exemplos do apoio do HFAR à MMNA (MDN, 2015).

A SM constituiu uma inestimável reserva estratégica para apoio a situações de emergência e catástrofe nacional ou no estrangeiro (MDN, 2015a).

A força impulsionadora da aplicação do conceito “conjunto” na área da saúde levou à criação do HFAR, com este, a implementação dos serviços conjuntos é uma realidade na SM. Foi assim que se consumou “...a reforma hospitalar que decorreu nos últimos anos teve subjacente a necessidade de operar uma mudança que pudesse dar resposta à determinação de fazer emergir um sistema de saúde que pudesse dar todas as garantias operacionais ao cumprimento da missão das FFAA, principal objetivo da SM” (Coelho, 2016).

4.1. Criação do Hospital das Forças Armadas

Em 2006 inicia-se os processos de extinções, fusões e reestruturações dos serviços da administração direta do Estado (MFAP, 2006).

Neste contexto em 2010, é determinado que a DGPRM, coordenará um grupo de trabalho e apresentará, até ao fim do ano de 2010, a proposta do Programa Funcional (PF) para o HFAR, assente numa unidade hospitalar única, incluindo o tipo e a dimensão do serviço de urgência a implementar e o Chefe do Estado-Maior-General das Forças Armadas (CEMGFA) deveria apresentar, até ao fim do ano de 2010, uma proposta sobre a definição da natureza, organização, financiamento e modelo de gestão e funcionamento do futuro HFAR, sob sua tutela também ao MDN. O HFAR será organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto (MDN, 2010).

No âmbito da SM, a intenção centrava-se no estudo para a criação de um órgão coordenador. Foi assim criada a DIRSAM, que tem por missão assegurar o apoio à decisão do CEMGFA no âmbito da SM, bem como a direção e execução da assistência hospitalar prestada pelos órgãos de SM, designadamente pelo HFAR. Entre outras competências, a DIRSAM coordena com os Ramos das FFAA as matérias relativas à SO, nomeadamente: o apoio às forças em treino e operações e a prestação de cuidados de saúde nas unidades, estabelecimentos e órgãos das FFAA. Dependem da DIRSAM: o HFAR e a Unidade de Ensino, Formação e Investigação da Saúde Militar (UEFISM) resultado da extinção Escola do Serviço de Saúde Militar (MDN, 2014).

Foi ainda criada a Comissão Consultiva da Saúde Militar (CCSM), sendo um órgão militar de caráter consultivo sobre as matérias relativas à SM, que tem por missão emitir parecer em apoio do diretor da DIRSAM, do CEMGFA e do CCEM, no âmbito das



competências próprias de cada órgão. A CCSM emite parecer nas seguintes matérias: a execução das políticas de saúde militar e a gestão do pessoal militar e civil da área da saúde militar, incluindo da SO, nomeadamente em matéria de efetivos e mapas de pessoal, recrutamento, promoções e colocações. O diretor da DIRSAM, preside e dispõe de voto de qualidade (MDN, 2014).

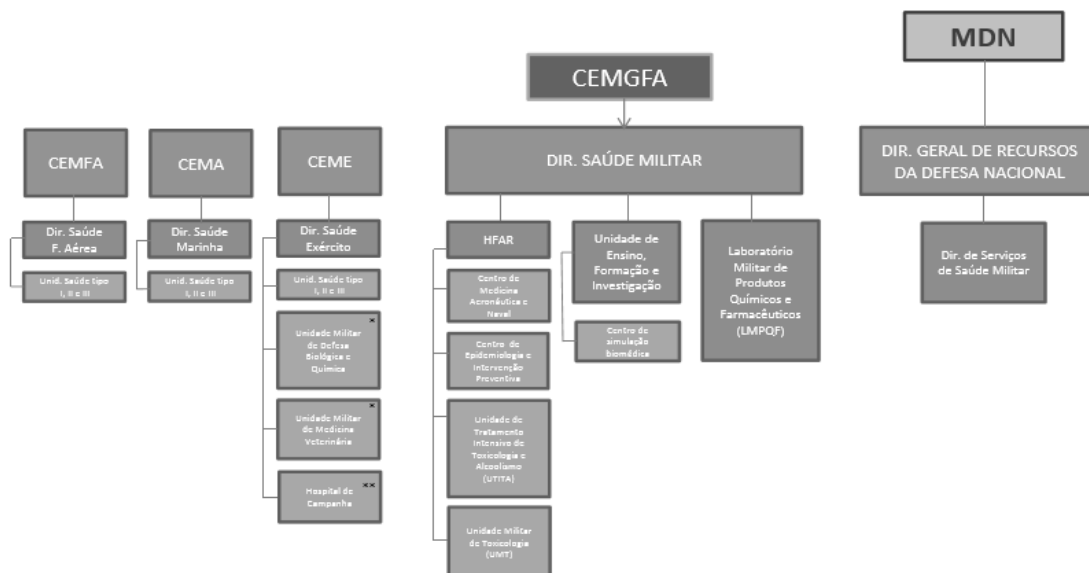


Figura 2 – Novo modelo integrado para a Saúde Militar

Fonte: (MDN, 2014)

A autoridade de coordenação é o tipo de autoridade conferida aos órgãos subordinados, a qualquer nível, para consultar ou coordenar diretamente uma ação com um comando ou entidades, dentro ou fora da respetiva linha de comando, sem que tal inclua competência disciplinar (AR, 2014).

Em 2011, o Ministro da DN determinou que o HFAR-PL ficasse instalado no espaço físico ocupado pela Unidade Hospitalar do Lumiar (antigo Hospital da Força Aérea) (MDN, 2011).

Em 2012 é criado o HFAR-PL (MDN, 2012).

Em 2013 é criado o Campus de Saúde Militar, sito no Lumiar, que integra o HFAR-PL, o CMA, o CSMH e outras estruturas que venham a ser criadas, bem como o cronograma para o processo de fusão hospitalar que terminou no dia 31 de dezembro de 2013 (MDN, 2013).

Em 2014 é aprovado o PF do HFAR-PP (MDN, 2014c).

Em 2014 é então criado o HFAR com dois pólos, de Lisboa e do Porto. O HFAR é um estabelecimento hospitalar militar, que se constitui como elemento de retaguarda do sistema



de saúde militar em apoio da SO, na direta dependência do CEMGFA. O HFAR tem por missão prestar cuidados de saúde diferenciados aos militares das FFAA, bem como à família militar e aos deficientes militares, podendo, na sequência de acordos que venha a celebrar, prestar cuidados de saúde a outros utentes (MDN, 2014a).

Por fim, em 2015, é estabelecida a estrutura orgânica e funcional do HFAR, bem como as suas competências (MDN, 2015e).

Além da MMNA o HFAR, como não poderia deixar de ser, presta cuidados de SA que ficaram definidos em Despacho do MDN, a SA engloba a prestação de cuidados de saúde necessários e imprescindíveis para a manutenção do estado de saúde do militar no seu ambiente socioprofissional, nomeadamente, os prestados aos militares individualmente considerados em consequência de doença, aos militares considerados/julgados incapazes por motivos de serviço, nomeadamente os deficientes militares, bem como aos respetivos familiares (MDN, 2015f).

Segundo Coelho (2016), foi criada uma instituição que “...deve ser um estabelecimento de natureza conjunta integrado no SSM, de forma articulada com as estruturas dos serviços de saúde dos Ramos (implicando necessariamente uma adequada articulação entre a DIRSAM e as Direções de Saúde); deve ter como ambição assegurar, nas especialidades consideradas “core” a idoneidade formativa pós-graduada; e deve, em quaisquer circunstâncias, manter os mais elevados padrões de competência técnica e pugnar pelo desenvolvimento científico, criando condições para a investigação e para a cooperação com estabelecimentos de ensino da área da saúde. O HFAR deve possuir valências como reserva estratégica do Estado, em apoio extraordinário a eventuais situações de calamidade, catástrofe ou conflito...”.

4.2. Edificação do Hospital das Forças Armadas

Nasce assim o HFAR com dois pólos, três Unidades em dependência hierárquica: a Unidade de Tratamento de Toxicodependências e Alcoolismo (UTITA), a Unidade Militar de Toxicologia (UMT) e o Centro de Epidemiologia e Intervenção Preventiva (CEIP), e duas Unidades em dependência funcional, o CMSH e o CMA.

A dependência funcional, oferece ao HFAR a autoridade conferida a um órgão para superintender processos, no âmbito das respetivas áreas ou atividades específicas, sem que tal inclua competência disciplinar (AR, 2014).

Esta dependência funcional promove um aproveitamento mais eficiente, sinérgico e rentável dos recursos existentes. Permite que os profissionais do CMSH e do CMA



desempenhem funções nas suas áreas de especialidade hospitalar, garantindo assim através desta sinergia de esforços o cumprimento de dois objetivos – manutenção da competência específica dos profissionais de saúde na sua área de especialização hospitalar e resposta atempada do HFAR através da possibilidade da utilização de todos os profissionais disponíveis para neles colaborarem.

O HFAR é o elo imprescindível da cadeia operacional ao garantir a sustentação das forças. É essencial para a moral e bem-estar das forças ao garantir o tratamento adequado para as mais diversas e complexas situações clínicas. No entanto encontra-se na fase de transição para a sua implementação. Todas as alterações estruturais levam tempo até se consolidarem (Pereira, 2016).

O HFAR deverá transmitir confiança aos três Ramos e estes têm de ser para o HFAR as três cadeias convergentes e não três cadeias paralelas. Por outro lado, o número reduzido de operações conjuntas justifica que cada Ramo dê preferência e garanta a sua cadeia sanitária (Pereira, 2016).

Para debelar a falta de efetivos médicos no HFAR-PL e em especial no Serviço de Urgência decidiu-se, que os militares médicos que prestam serviço em órgãos do SSM na dependência dos Ramos, nas áreas/guarnições militares de Lisboa e Porto, podem, em coordenação entre o EMGFA e os Ramos, integrar as escalas de urgências do HFAR ficando em situação de diligência para este efeito (CCEM, 2015).

No entanto apenas três elementos reforçaram, até janeiro de 2016, esta escala de urgência (Sousa, 2016).

Tendo em consideração os fatores de proximidade geográfica, acessibilidade, duração do trajeto, existência de outras alternativas hospitalares e o tipo de serviços prestados, estima-se, para os hospitais militares de Lisboa, que os níveis de captação sejam da ordem dos 85% para os beneficiários residentes nos distritos de Lisboa e de Setúbal e de cerca de 40% para os beneficiários dos distritos de Santarém e de Leiria, sendo mínimos para as outras regiões (MDN, 2011a). De acordo com estes pressupostos, estima-se que a população abrangida pela esfera de atividade dos hospitais de Lisboa seja de cerca de 75.000 indivíduos metade dos quais relativamente jovens (correspondendo a militares no ativo, cônjuges e filhos respetivos) na fase ativa da vida, potencialmente saudáveis,

Isto leva, a estimar por analogia, que os níveis de captação do pólo hospitalar do Porto sejam de cerca de 85% para os beneficiários residentes nos distritos do Porto, Braga e Aveiro, e de cerca de 40% para os residentes nos distritos de Vila Real, Viseu e Coimbra. e



que a esfera de atividade do pólo hospitalar do Porto seja de cerca de 20.000 a 21.000 indivíduos. A implementação deste Pólo encontra-se com um *delay* quando comparado com o PL, uma vez que apenas em 2013 foi criada uma equipa para estudar e apresentar a proposta do PF para o PP (MDN, 2013a), sendo aprovado em 2014, conforme já referido. Como na região norte e até Coimbra apenas existem unidades do EXE, se excetuarmos o Aeródromo de Manobra nº 1 em Maceda – Ovar, mais de 90% dos efetivos do PP pertencem ao EXE.

O PF do HFAR-PL estima que venha a servir cerca de 75 mil pessoas. O HFAR-PL, tem um serviço de Urgência que dispõe de um heliporto previsto para o voo diurno e noturno, de momento apenas disponível para voo diurno, sendo um serviço de urgência básica, ainda de acordo com o PF (MDN, 2011a). Desta forma, só atende urgências de cariz médico e pode ser assegurado por médicos de MGF. No entanto tem uma escala de uma equipa de Cirurgia Geral em permanência, com possibilidade de ativar o bloco operatório e dispõe de Anestesista durante as 24 horas.

A atividade do HFAR-PL no ano de 2014 e 2015 mostrou uma estabilidade assinalável com pequenas flutuações na ordem das dezenas. O número de consultas externas rondou as 120 000 por ano, o número de episódios de urgência foi 15 000 por ano, o número de MCDT foi de 800 000 por ano e o número total de doentes internados foi de 3 000 por ano. Apenas na atividade cirúrgica houve um decréscimo de produção de cerca de 20% no ano de 2015, sendo mais marcado na cirurgia de ambulatório. Comparativamente com o PF a atividade encontra-se a 50% do previsto, cuja explicação apresenta dois motivos principais. Primeiro pela falta de espaço físico e atraso na expansão do hospital nas diferentes áreas, a saber no internamento, onde existe um deficit de 50% de camas, nas consultas externas e bloco operatório, onde existe um deficit de 50% de salas, no hospital de dia, onde também ainda existe um deficit de 50% e na Saúde Mental onde ainda não existe capacidade de internamento. A segunda causa da baixa produção é explicada pelo deficit marcado de pessoal, onde se inclui além do pessoal militar o pessoal civil e é transversal a todas as áreas, administrativa, enfermagem e médica (Sousa, 2016). O mapa de pessoal civil do HFAR, que segundo o Diretor do HFAR deverá ser o garante de continuidade no HFAR, apenas foi aprovado neste ano de 2016 (GMDN, 2016). Por outro lado, assistimos nos últimos anos a um aumento dos números dos acordos do IASFA na área da grande Lisboa (Lisboa com 148 e Setúbal com 112 acordos para consultas), ao invés em alguns distritos o número de prestadores convencionados para as consultas é muito reduzido, como é o caso de Portalegre (1), Bragança (2) e Açores (2) (IASFA, 2014), este fato implica um desvio de utentes do PL.



Em termos orçamentais o HFAR-PL conseguiu uma redução anual de 60%, quando comparado com os gastos anuais nos HM existentes em Lisboa antes da reforma da SM (Sousa, 2016).

O HFAR deve procurar ser cada vez mais eficiente; vocacionado, numa primeira linha, para prestar cuidados aos militares, garantindo o apoio sanitário à componente fixa do Sistema de Forças e também aos restantes beneficiários da ADM, o HM que cuide só de pacientes militares, limita as capacidades e treino do pessoal médico pelo que deve ser equacionada a sua abertura a entidades exteriores às Forças Armadas, designadamente ao SNS, sem esquecer evidentemente o pessoal da GNR e da PSP e os utentes da Assistência na Doença aos Servidores Cíveis do Estado (ADSE) e deve, em conjunto com os SSM dos Ramos oferecer a resposta adequada. A integração com a sociedade civil é uma mais valia em termos clínicos devido a uma maior riqueza de patologias bem como rentabiliza em termos financeiros a instituição e por outro lado possibilita o estreitamento de cooperação com a sociedade civil. Não podemos esquecer que a tendência crescente das despesas globais do sector da saúde deve-se aos cuidados médicos diferenciados avançados serem cada vez mais onerosos.

Segundo Sousa (2016), os SSM deverão ter como centro gravitacional o HFAR. Este deverá ser o alimentador da MMNA. Os módulos permanecem em ordem de batalha e serão dispensados para os Ramos de acordo com as suas necessidades. A definição de políticas de SM, recursos e gestão de pessoal deveria estar centralizada no EMGFA, através da DIRSAM, e desta forma poderia existir uma otimização de recursos.

Segundo Duarte (2016), o HFAR deverá ser o elo dos SSM, o garante da SM, devendo todos os Ramos convergir de forma inequívoca para o bom funcionamento do hospital através da não replicação da SA nos Ramos e da colocação no HFAR dos especialistas na SA conseguida através do recrutamento de especialista em MGF para a MMNA.

Apesar da natureza eminentemente assistencial do HFAR, dever-se-á apostar na complementaridade com a componente operacional, pelo que Sousa (2016), defende que o HFAR deve ter como especialidades “core” as que são imprescindíveis à componente operacional do SSM, entre elas a cardiologia, medicina interna, psiquiatria, pneumologia, anestesiologia, cirurgia geral, ortopedia, oftalmologia e ORL. Tratam-se de especialidades indispensáveis às especificidades da MMNA independentemente da sua importância assistencial e da coerência que conferem à estrutura hospitalar.

Ainda segundo Coelho (2016), “a tutela e a direção hospitalar, devem procurar a sua



afirmação, não só através da qualidade e da competitividade dos serviços que presta, como também enquanto elo centralizador e integrador, assumindo necessariamente um papel crucial no funcionamento de todo o Sistema de Saúde Militar. ”

4.3. Síntese conclusiva

A SM tem que oferecer cuidados médicos de elevada qualidade e conseguir projetar capacidades sanitárias o que só é possível com um hospital de elevada qualidade e diferenciação. A reforma da SM levou à criação do hospital único com dois pólos, em Lisboa e no Porto. No entanto a fase de transição leva algum tempo a percorrer até atingir a fase de consolidação. O HFAR é o elo imprescindível da cadeia operacional ao garantir a sustentação das forças. A autoridade apenas de coordenação da DIRSAM sobre os SSM dos Ramos não facilita a construção do HFAR. O deficit de infraestruturas e de pessoal no HFAR-PL fazem com que a produção hospitalar registe ainda apenas 50% do estimado pelo PF. O aumento dos números dos acordos do IASFA com entidades privadas, na área da grande Lisboa, retiram potenciais utentes ao HFAR. Em termos financeiros a poupança registada foi de 60%, comparado com a totalidade dos orçamentos dos anteriores hospitais militares na área de Lisboa. Atendendo ao isolamento do PP, a norte de Coimbra apenas existem unidades do EXE se excetuarmos o Aeródromo n.º1 de Maceda, ao escasso número de beneficiários do IASFA e à falta de efetivos no PL, será de questionar até que ponto não deveria ser repensado o PF do PP. Deverá ser realizado o recrutamento de especialistas em MGF para a MMNA para permitir a colocação de especialistas em SA no HFAR. A edificação do HFAR será facilitada, quando os três Ramos deixarem de ser três linhas paralelas e passarem a ser três linhas convergentes para o hospital militar único. O HFAR deverá ser o elo dos SSM, o garante da SM, devendo todos os Ramos convergir de forma inequívoca para o bom funcionamento do hospital através da não replicação da SA nos Ramos e da colocação no HFAR dos especialistas na SA. A quarta hipótese foi assim validada.



Conclusões

A reforma da SM que começou em 2008, visou a criação de um HFAR, organizado em dois pólos hospitalares, um em Lisboa e outro no Porto.

Foi com o Programa do XIX Governo Constitucional e com a Resolução Ministerial-Reforma da Defesa 2020, que se estabeleceu como medida no âmbito da defesa nacional a concretização da reforma do SSM, o qual consubstancia uma componente operacional, orientada para o apoio às missões das FFAA, e uma componente assistencial e hospitalar, visando garantir um apoio de qualidade aos seus utentes, militares, e, subsidiariamente às suas famílias.

O HFAR constituiu-se como elemento de retaguarda dos SSM em apoio da SO ou MMNA. A necessidade de racionalizar e otimizar a relação entre produto operacional e recursos foi imperativa, num quadro de constrangimentos financeiros, não só no plano nacional e europeu, mas também na OTAN. O princípio da economia de esforços através da concentração de recursos com a criação do HFAR, passou a ser uma realidade nos SSM. O tema de investigação “A Medicina Militar não Assistencial e o seu Enquadramento com os Hospital das Forças Armadas” constitui um assunto de grande importância e atualidade e integra-se no contexto de reestruturação dos SSM

A metodologia utilizada neste trabalho e que se considerou como a mais adequada para alcançar o objetivo geral foi o recurso ao método hipotético-dedutivo.

Em conformidade com o método previamente estabelecido, a partir de entrevistas exploratórias e de leituras iniciais estabeleceu-se uma QC que orientou todo o estudo desenvolvido:

Poderá o HFAR representar um valor acrescentado para a MMNA?

Foram consultados artigos, conferências e alguns trabalhos sobre a temática em estudo que nos permitiram consolidar a conceptualização inicial, encontrar a resposta às nossas quatro questões derivadas e validar as quatro hipóteses levantadas.

Para desenvolvimento da investigação recorreu-se a fontes primárias, nomeadamente à análise de documentos aprovados e legislação em vigor, assim como, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com uma primeira finalidade em que se pretendeu confirmar algumas interpretações surgidas fruto da análise documental efetuada.

O trabalho de investigação foi dividido em quatro capítulos.

A investigação começou por procurar caracterizar os requisitos inerentes à MMNA das FFAA para definir as necessidades de cada Ramo. Com a recente reestruturação da SM,



a reorganização da prestação de cuidados de saúde de proximidade às unidades militares também foi remodelada com a constituição de uma rede de US, atuando na dependência dos Ramos das FFAA, com três tipologias de acordo com o tipo de prestação de cuidados médicos. A sustentação da MMNA deverá ser efetuada por especialistas em MGF com competência em trauma, em Medicina Naval ou Aeronáutica. Os cuidados de saúde especializados da US tipo III quando justificado, deverão ser realizados inevitavelmente por médicos especialistas em SA, estes especialistas deverão estar colocados no HFAR. Verifica-se que atualmente a MMNA é assegurada nos três Ramos das FFAA essencialmente por especialistas em SA. O desenvolvimento da telemedicina, fornecida pelo HFAR, nos locais onde a concentração de militares o justifique, irá possibilitar a resposta atempada ao pessoal no ativo e evita-se a sua deslocação. Atualmente os Ramos, em especial a MAR através do CMN, e em maior escala o EXE através do CSMC e Unidade de Saúde de Évora, mantêm estruturas de MMNA que oferecem cuidados de SA, com médicos colocados nestes Centros. Isto implica uma duplicação de oferta, não permite a colocação e rentabilização de especialistas em SA no HFAR, dificultando a missão do hospital.

No segundo capítulo foi abordada a doutrina da OTAN para *Medical Support*. A SM assume especial relevo na projeção de FND, no âmbito dos compromissos internacionais que o Estado português se vincula. O suporte médico multinacional é uma realidade atual, pelo que existe a necessidade de a estrutura operacional de apoio sanitário possuir o conhecimento e cumprir a doutrina e os requisitos OTAN do apoio médico organizado em combate. De acordo com esta doutrina, todos os níveis de prestação de cuidados médicos têm que coexistir em diferentes zonas, na zona de combate temos o *Role 1* ou *Role 2* Básico, na interface da zona de combate à zona de comunicações o *Role 2* Acrescido, na zona de comunicações o *Role 3* e o *Role 4* está habitualmente no país hospedeiro. A estrutura modular dos *Roles 2* e *3* são atualmente uma realidade. Isto permite assegurar os cuidados médicos através da colaboração de múltiplas nações, exigindo um menor esforço individual. O AGRASAN do EXE, pretende ter a capacidade de *Role 2*, mas deverá ser questionada se Portugal terá dimensão e condições económicas para uma estrutura com esta dimensão. Estes níveis de suporte médico, bastante diferenciados e onerosos, tendem a ser assegurados nos cenários atuais por diferentes nações. Os diferentes níveis de cuidados são assegurados por médicos da SA, justificada pela diferenciação necessária para executar a missão, exceto no *Role 1* que deverá ser assegurado pelo médico de MGF com competência em trauma que acompanha a força destacada. Os médicos especialistas em SA deverão necessariamente



desenvolver a sua atividade em tempo de paz no hospital de modo a manter os níveis de qualificação e proficiência elevados.

No terceiro capítulo foram analisadas as EA em território nacional, realizadas pelas FFAA e pelas entidades civis, seguindo o princípio da economia de esforço deveria existir uma concentração de meios, o que permitiria uma maior flexibilidade na utilização das plataformas, deslocando-as de acordo com as necessidades dos diferentes intervenientes. As plataformas poderiam estar concentradas na FAP, sede do saber e do *know how* do meio aéreo. A nível nacional são vários os organismos intervenientes, militares e civis, são várias as plataformas utilizadas, são diferentes o grau de formação das equipas que participam neste procedimento e ainda existe uma assimetria na ativação das EA entre o continente e as ilhas. Uma das possibilidades de organização e promoção da qualidade da assistência médica e dos meios na EA, passaria pela criação de um órgão nacional de EA, com responsabilidade de controlo, coordenação, definição/uniformização de requisitos formativos e criação de critério de ativação das EA com base no quadro clínico dos doentes a transportar.

Por último no quarto capítulo foi caracterizado o HFAR como hospital militar único, prestador da SA, a SM tem que oferecer cuidados médicos de elevada qualidade e conseguir projetar capacidades sanitárias o que só é possível com um hospital de elevada qualidade e diferenciação. A edificação do HFAR será facilitada quando os três Ramos deixarem de ser três linhas paralelas e passarem a ser três linhas convergentes para o hospital militar único. A autoridade da DIRSAM, apenas de coordenação sobre os SSM dos Ramos, não facilita a construção do HFAR. A falta de pessoal militar e civil a que se associa o deficit da estrutura física, são responsáveis pela baixa produtividade do PL, por outro lado, o aumento dos números dos acordos do IASFA com entidades privadas, na área da grande Lisboa, retira potenciais utentes ao HFAR. Atendendo ao isolamento do PP, a norte de Coimbra apenas existem unidades do EXE se excetuarmos o Aeródromo n.º1 de Maceda, ao escasso número de beneficiários do IASFA nesta região e à falta de efetivos no PL, será de questionar até que ponto não deveria ser repensado o PF do PP. O HFAR deverá ser o elo dos SSM, o garante da SM, devendo todos os Ramos convergir de forma inequívoca para o bom funcionamento do hospital através da não replicação da SA nos Ramos e da colocação no HFAR dos especialistas em SA, este compromisso só poderá ser conseguido através do recrutamento de especialista em MGF para a MMNA.

Desta forma, foram validadas todas as hipóteses e respondidas todas as questões formuladas.



Considera-se que o objetivo assumido para esta investigação foi atingido na sua globalidade e encontrada a resposta à QC, o HFAR representa um valor acrescentado para a MMNA, e mais importante ainda, é o elo centralizador da SM.

Do presente trabalho e como contributo dos problemas diagnosticados decorrem as seguintes recomendações:

- Analisar a atual autoridade da DIRSAM sobre os SSM (atualmente apenas de coordenação)
- Deverá ser ponderada a dimensão e a dependência do AGRASAN
- Deverá ser efetuado o recrutamento de médicos especialistas em MGF para os Ramos das FFAA
- Deverá ser criado um centro coordenador de EA em território nacional
- Deverão ser estabelecidos mecanismos que permitam uma resposta adequada e atempada do HFAR às diferentes solicitações da MMNA dos Ramos das FFAA
- Deverão ser equacionados e revistos os acordos do IASFA com entidades privadas, a nível nacional
- Deverá ser ponderada a revisão do PF do PP
- Deverá ser dada continuidade a estudos nesta área

Como possível evolução do presente TII aponta-se o estudo das EA em território nacional, de modo a obter um dispositivo moderno, mais apto e eficiente.

“O médico que só sabe medicina, nem medicina sabe”.

Abel Salazar



Bibliografia

- Alfarroba, E., 2016. *A Medicina Militar não Assistencial no Exército* [Entrevista]. Lisboa (7 janeiro 2016).
- Assembleia da República, 1991. *Lei de Bases da Protecção Civil* (Lei n.º 113/1991, de 29 de agosto), Lisboa: Diário da República.
- Assembleia da República, 2005. *VII Revisão Constitucional* (2005, de 12 de agosto), Lisboa: Diário República.
- Assembleia da República, 2006. *Aprova a Lei de Bases da Protecção Civil* (Lei n.º 27/2006, de 3 de julho), Lisboa: Diário da República.
- Assembleia da República, 2013. *Define as Competências, a Estrutura e o Funcionamento da Autoridade Aeronáutica Nacional* (Lei n.º 28/2013, de 12 de abril), Lisboa: Diário da República.
- Assembleia da República, 2014. *Alteração à Lei LOBOFA* (Lei Orgânica n.º 6/2014, de 1 de setembro), Lisboa: Diário da República.
- Araújo, L. E. E., 2016. *As Evacuações Aeromédicas em território nacional* [Entrevista]. Lisboa (26 janeiro 2016).
- Cardoso, J. D., 2015. Tecnologia de Saúde de Última Geração Prepara Tropas para Missões de Paz. *Diário as Beiras*, 16 abril, Volume 6512.
- Cardoso, J. M., 2002. A Doutrina do Apoio Sanitário em Operações Conjuntas e Combinadas (AJP MED), em Missões NATO, Medidas a Implementar no Serviço de Saúde Militar. Lisboa: IAEM.
- Coelho, A., 2016. A Medicina Militar não Assistencial e o Hospital das Forças Armadas [Entrevista]. Lisboa (21 janeiro 2016).
- Conselho de Chefes de Estado-Maior, 2015. *Normas Orientadoras da Gestão do Pessoal de Saúde Militar*, Lisboa: CCEM.
- DeHart, R. L., 1993. *Fundamentals of Aerospace Medicine*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Dias, J., 2016. *As Evacuações Aeromédicas na Região Autónoma dos Açores* [Entrevista]. Lisboa (17 janeiro 2016).
- Domingos, M., 2016. *A Medicina Militar não Assistencial na Força Aérea* [Entrevista]. Lisboa (15 janeiro 2016).
- Dries, D. J., 2014. Lessons from the Military. *Air Medical Journal*, Volume 1, 879-891.
- Duarte, J. M., Correia, R. M. e Silveira, S. R., 2006. Medicina Aeronáutica: Uma Componente Aérea da Saúde Militar. *Revista Militar*, agosto/setembro, 55-65.



- Duarte, J. M. G., 2009. Apoio Sanitário Conjunto às Forças Nacionais Destacadas. Contributos para um Modelo Conceptual. Lisboa: IESM.
- Duarte, J. M. G., 2016. *A Medicina Militar não Assistencial e o Hospital das Forças Armadas* [Entrevista]. Lisboa (22 janeiro 2016).
- Dunant, Henri, 1986. *A Memory of Solferino*. Geneva: ICRC.
- Entrudo, A., 1994. O Sistema de Saúde da Força Aérea. *Revista Mais Alto*, maio/junho , 25-35.
- Estado-Maior da Armada, 2009. *Regulamento Interno do CMSH*. nº 36. Lisboa: Ordem da Armada.
- Exército Português, 2016. *Exército Português*. [Em linha] Lisboa: Exército Português Disponível em: <http://www.exercito.pt/sites/HMR2/Paginas/Organizacao.aspx>, [Acedido em 03 jan 2016].
- Exército Português, 2016a. *Exército Português*. [Em linha] Lisboa: Exército Português Disponível em: <http://www.exercito.pt/sites/CSEvora/Actividades/Paginas/default.aspx>, [Acedido em 03 jan 2016].
- Força Aérea Portuguesa e Instituto Nacional de Emergência Médica, 2003. Protocolo entre a Força Aérea Portuguesa e o Instituto Nacional de Emergência Médica para a Evacuação Sanitária de Doentes e Acidentados. Lisboa.
- Força Aérea Portuguesa, 2008. *Manual de Organização do CPESFA*. 305-7. Lisboa: Força Aérea Portuguesa.
- Guerra, P. C. d. S., 2013. Formação Pós-Graduada em Medicina e Enfermagem na Escola do Serviço de Saúde Militar. Lisboa: IESM.
- Guerreiro, F., 2016. *O Centro de Medicina Subaquática e Hiperbárica* [Entrevista], (10 fevereiro 2016).
- Instituto de Ação Social das Forças Armadas IP, 2014. *Relatório de Atividades*. Lisboa: MDN.
- Instituto de Estudos Superiores Militares, 2015. *Normas de Execução Permanentes ACA 010 Trabalhos de Investigação*. Lisboa: IESM.
- Instituto de Estudos Superiores Militares, 2015a. Normas de Execução Permanentes ACA018 Regras de Apresentação e Referenciação para os Trabalhos Escritos a Realizar no IESM. Lisboa: IESM.
- Instituto Nacional de Emergência Médica, 2013. *Sistema Integrado de Emergência Médica*. Lisboa: INEM.



- Leal, C. M., 2012. Pooling and Sharing - Dividir e Partilhar num Mundo em Mudança. DGPDN nº1. Lisboa: MDN.
- Marcão, F., 2016. *As Evacuações Aéreas no INEM* [Entrevista], (24 fevereiro 2016).
- Marques, J. C. N., 2006. Organização dos Serviços da Saúde Militares: uma visão actual. *Revista Militar*, agosto/setembro, 40-49.
- Mateus, R., 2016. *O Centro de Medicina Aeronáutica* [Entrevista]. Lisboa (22 fevereiro 2016).
- Ministério da Administração Interna, 2013. *Sistema Integrado de Operações de Proteção e Socorro* (Decreto-Lei n.º 72/2013, de 31 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Administração Interna, 2014. *Orgânica da Autoridade Nacional de Proteção Civil* (Decreto-Lei n.º 163/2014, de 31 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1994. *Aprova o Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Marítimo* (Decreto-Lei n.º 15/1994, de 22 de janeiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1995. *Aprova o Sistema Nacional para a Busca e Salvamento Aéreo* (Decreto-Lei n.º 253/1995, de 30 de setembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 1999. *Criação da Comissão Consultiva para a Busca e Salvamento* (Decreto-Lei n.º 399/1999, de 14 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Directiva Ministerial para a Implementação da Reforma* (Despacho n.º 7770/2010, de 4 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2010a. *Implementação do Hospital das Forças Armadas* (Despacho n.º 10825/2010, de 1 de julho). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2011. *Estipula Localização do HFAR* (Despacho n.º 16437/2011, de 5 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2011a. *Programa Funcional do Hospital das Forças Armadas (Pólo de Lisboa) Plano Funcional*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Ministério da Defesa Nacional, 2012. *Cria o Pólo de Lisboa do HFAR* (Despacho 2659/2013, de 16 de agosto). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2013. *Cria o Campus de Saúde Militar* (Despacho nº 7002/2013, de 30 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2013a. *Cria uma equipa técnica com o objetivo de estudar e apresentar a proposta do programa funcional para o HFAR-PP*. (Despacho nº 7002/2013, de 19 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.



- Ministério da Defesa Nacional, 2014. *Lei Orgânica do EMGFA* (Decreto-Lei n.º 184/2014, de 29 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014a. *Criação do Hospital das Forças Armadas* (Decreto-Lei n.º 84/2014, de 27 de maio). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014b. *Lei Orgânica da Bases da Organização das Forças Armadas* (Decreto-Lei n.º 187/2014, de 1 de setembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014c. *Programa Funcional do HFAR- Pólo do Porto* (Despacho n.º 2064/2014, de 10 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014d. *Lei Orgânica do Exército* (Decreto-Lei n.º 186/2014, de 29 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2014e. *Reforma do Sistema de Saúde Militar* (Despacho n.º 2943/2014, de 21 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015. *Estabelece a Estrutura Orgânica e Funcional do Hospital das Forças Armadas* (Decreto Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015a. *A Defesa de Portugal 2015*. Lisboa: Governo de Portugal.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015b. *Orgânica da Força Aérea* (Decreto Regulamentar n.º 12/2015, de 31 de julho). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015c. *Orgânica da Marinha* (Decreto Regulamentar n.º 10/2015, de 31 de julho). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015d. *Orgânica do Exército* (Decreto Regulamentar n.º 11/2015, de 31 de julho). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015e. *Princípio de Gestão, a Estrutura Orgânica e a Estrutura Funcional do HFAR* (Decreto-Regulamentar n.º 2/2015, de 20 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Defesa Nacional, 2015f. *Saúde Operacional Assistencial - Reorganização do Sistema de Saúde Militar (SSM) - Manutenção da ADM na esfera do Ministério da Defesa Nacional* (Despacho n.º 511/2015, de 19 de janeiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2011. *Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde* (Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério da Saúde, 2012. *Aprova a Orgânica do Instituto Nacional de Emergência Médica*,



- I. P. (Decreto-Lei n.º 34/2012, de 14 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério das Finanças e da Administração Pública, 2006. *Regime Geral de Extinção, Fusão e Reestruturação de Serviços Públicos e Racionalização de Efetivos* (Decreto-Lei n.º 200/2006, de 25 de outubro). Lisboa: Diário da República.
- Ministério dos Assuntos Sociais, 1981. *Cria o Instituto Nacional de Emergência Médica* (Decreto-Lei n.º 234/1981, de 3 de agosto). Lisboa: Diário da República.
- North Atlantic Treaty Organization, 2014. *AAMedP-1.1 Aeromedical Evacuation*. Brussels: NATO.
- North Atlantic Treaty Organization, 2015. *AJP-4.10(B) Allied Joint Doctrine Medical Support*. Brussels: NATO.
- Pereira, R. G., 2016. A Medicina Militar não Assistencial e o Hospital das Forças Armadas [Entrevista]. Lisboa (21 janeiro 2016).
- Presidência do Conselho de Ministros, 2005. *Programa do XVII Governo Constitucional*. Lisboa: Presidência do Conselho de Ministros.
- Presidência do Conselho de Ministros, 2008. *Orientações para a Execução da Reorganização da Estrutura Superior da Defesa Nacional e das Forças Armadas* (Resolução do Conselho de Ministros n.º 39/2008, de 28 de fevereiro). Lisboa: Diário da República.
- Presidência do Conselho de Ministros, 2013. *Conceito Estratégico de Defesa Nacional* (Resolução de Conselho de Ministros n.º 26/2013, de 19 de abril). Lisboa: Diário da República.
- Presidência do Conselho de Ministros, 2013. *Defesa 2020* (Resolução do Conselho de Ministros n.º 26/2013, de 19 de abril). Lisboa: Diário da República.
- Santana, E. T., 2009. Modelo Conceptual para a Implementação de um Serviço de Medicina de Trabalho nas Forças Armadas. Lisboa: IESM.
- Santos, N., 2016. *A Medicina Militar não Assistencial na Marinha* [Entrevista]. Lisboa (11 janeiro 2016).
- Secretaria Regional da Saúde-Região Autónoma dos Açores, 2014. *Regulamento da Unidade de Deslocações e Evacuações Aéreas* (Despacho Normativo n.º 6/2014, de 28 de março). Ponta Delgada: Jornal Oficial dos Açores.
- Secretaria-Geral do Ministério da Defesa Nacional, 2010. *Anuário Estatístico da Defesa Nacional 2010*. Lisboa: Ministério da Defesa Nacional.
- Silveira, S. P. E. R., 2013. Criação do Campus de Saúde Militar. Um projeto para o futuro.



Lisboa: IESM.

Sousa, J. d. G. d. A. e., 2016. *O Hospital das Forças Armadas* [Entrevista]. Lisboa (28 janeiro 2016).

Sousa, J. d. G. d. A. e., 2012. *A Saúde Militar, Perpetivas Futuras*. Lisboa: IESM.

Sousa, S. J. M., 2008. Assistência Médica em Evacuações Aéreas e Missões de Busca e Salvamento. Porto: Universidade do Porto.

The International Committee of Military Medicine, 2013. *Statutes of the ICMM*. Brussels: ICMM.

War Department, Division of Military Aeronautics, 1919. *Air Service Medical*. Washington, DC: US Government Printing Office.